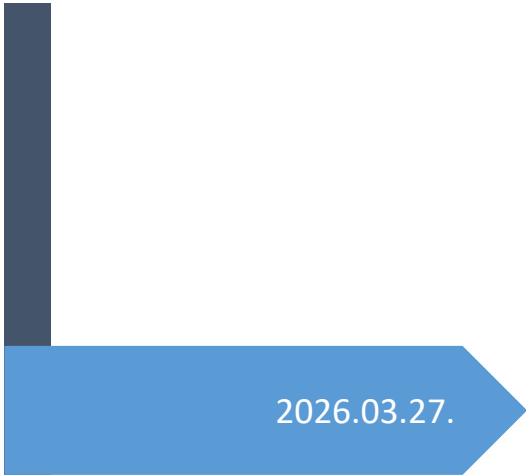
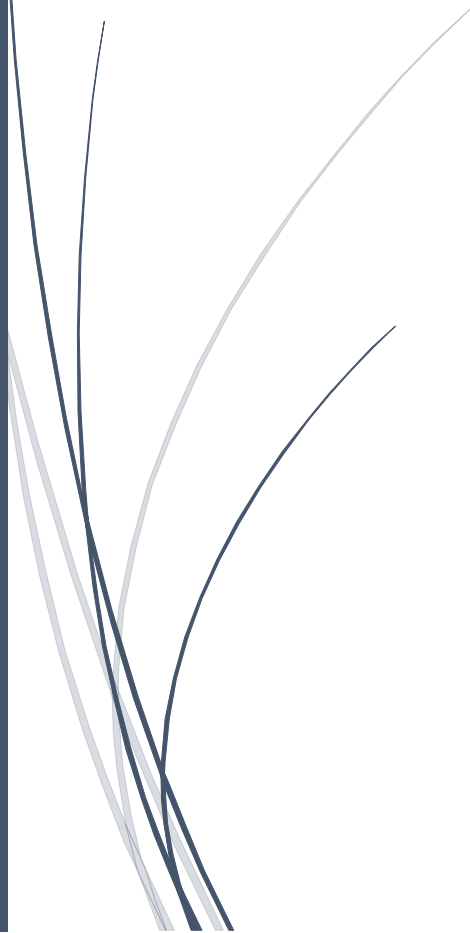


A dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow points to the right from this bar, containing the date.

2026.03.27.

Egészségbiztosítás Magyarországon (1995-2025)

Az Egészségbiztosítási Alap egyensúlya:
forrásteremtés újtjai, a kiadásfékentartó
kormányzati politikák a hazai
egészségbiztosításban

Several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep upwards from the bottom left corner of the page.

MISKOLCI EGYETEM, 2026.

In memoriam Dr. Dérer István

Mottó:

„A jelenlegi állapot megőrzése kockázatosabb, mint a változás”

Cristie Hofner

Szerkesztette:

Dr. habil. Dózsa Csaba László

Lektorálta:

Túri Gergő

Szerzők:

Árvai Boglárka, Bodrogi József, Cseh Borbála, Dózsa Csaba László,
Forman Balázs, Nagy Júlia, Pál Miklós, Salai Márton József, Marczis
Rebeka, Pál Miklós, Sipos Júlia, Ruzsovics Ágnes, Rézmovits Ádám, Stuit
Kóka Bianka, Szántai Zsombor, Szigeti Szabolcs, Tóth Melanie Éva, Túri
Gergő, Váradi Péter

**Készült a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel
együttműködésben.**

Kiadja a Miskolci Egyetem Jegyzetkiadó.

Az Egyetemi jegyzet fejezetei

Címlap - Felvezető

- 1. Az Egészségbiztosítás küldetése – szolidaritás és hatékonyság**
- 2. Forrásképzés – az Egészségbiztosítási Alap egyensúlya**
- 3. Nemzetközi egyezményeken alapuló elszámolások**
- 4. Az Egészségbiztosítási felügyelet története**
- 5. Táppénzkiadások trendjei**
- 6. Rokkantsági ellátások kifizetései**
- 7. Gyógyító-megelőző ellátási kasszák rendszere**
- 8. Egészségügyi alapellátás bemutatása**
- 9. Járóbeteg szakellátás elemzése**
- 10. HBCs és Case Mix Index az aktív fekvőbeteg szakellátásban**
- 11. Krónikus és rehabilitációs ellátások elemzése**
- 12. Gyógyászati segédeszköz ellátás TB támogatással**
- 13. Gyógyfürdő ellátás múltja, jelene és fejlesztési lehetőségei**
- 14. Előtakarékosság – Medical Savings Account**
- 15. Egészségpénztárak Magyarországon**
- 16. Foglalkozás egészségügyi ellátás**
- 17. Ápolásbiztosítás a világban**

Egészségbiztosítás Magyarországon (1995-2025)

- Az Egészségbiztosítási Alap egyensúlya: forrásteremtés útjai, a kiadásféken tartó kormányzati politikák a hazai egészségbiztosításban

Bevezető

Az egészségbiztosításról szóló Tanulmánykötet, mint egyetemi jegyzet célja, hogy megalapozó ismereteket adjon a hazai egészségbiztosítási rendszerről, főként az Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban: E. Alap) felépítéséről, forrásgyűjtéséről és számos kiemelt ellátási forma szabályozásáról és finanszírozásáról.

A Jegyzet véleményünk szerint hiánypótló lesz a hazai felsőoktatásban, de még a szakmai közvélemény számára is, mert hasonló, az E. Alap 30 évének bevételi és kiadási struktúráját áttekintő elemzés jelenleg nem érhető el az egyetemi oktatásban és a hazai egészségügyi finanszírozási szakirodalomban. A Jegyzet részletes áttekintést nyújt a kötelező egészségbiztosítás forrásait és költségeit meghatározó trendekről, fontosabb törvényi és rendeleti szintű változásairól, általában az elmúlt harminc év fejlődéséről, mérföldköveiről.

A digitális Jegyzet jelenlegi indító változata 17 fejezetből tevődik össze. Az Egészségbiztosítás történetéről, küldetéséről, társadalmi jelentőségéről szóló, főként elméleti bevezető – felvezető fejezetet követően az egyik legterjedelmesebb írásunk az Egészségbiztosítási Alap forrásképzését, szerkezeti változásait és az azt támogató kormányzati intézkedéseket mutatja be – nemzetközi kitekintésben. Rövidebb kitekintést teszünk az egészségbiztosítás történelmi gyökereire, valamint az E. Alap működését meghatározó bevételek trendjeinek és belső arányainak elemzésére, kitérünk a Népegészségügyi termékadó jellemzőire is.. Ezt követik a pénzügyi ellátások szabályozásáról és kifizetéseiről szóló fejezetek (különösen a táppénz és rokkantsági ellátások).

A Jegyzetben a legnagyobb hangsúlyt a természetbeni ellátási formák és pénzügyi kasszáinak elemzése teszi ki a teljesség igénye nélkül. Ezt a blokkot vezeti fel az ún. Gyógyító-megelőző előirányzati kasszák szerkezetét 30 éven át bemutató felvezető fejezet. Majd követik az Alapellátási, Járóbeteg, valamint Aktív- és Krónikus fekvőbeteg szakellátási kasszák szabályozása, finanszírozása és jellemző teljesítési adataik kerülnek részletesen bemutatásra, elemzésre. Az egyes kasszák (pl. járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás) elemzése során részben kitértünk a finanszírozott kapacitásokra, és az finanszírozás alapját jelentő fő teljesítmény mutatók alakulására (óraszámok, ágyszámok, esetszámok, pontszám, ellátási nap és súlyszámteljesítmények). A támogatott, vényen

rendelhető egészségügyi termékek és szolgáltatások köréből a Gyógyászati segédeszközök támogatási rendszerét és a Gyógyászati ellátások támogatásának jellemzőit és fejlődési lehetőségeit vizsgáljuk meg. Végezetül a Jegyzetben még további kiegészítő ellátási és biztosítási szektorokat és finanszírozási formákat vizsgálunk meg, mint az Előtakarékossági formák (Medical Savings Account - MSA), Egészségpénztárak fejlődése Magyarországon, a foglalkozásegészségügy rendszere, vagy végezetül az Ápolásbiztosítás jó gyakorlatai a világban és hazai bevezetés lehetősége.

A fejezetek megírásánál és összeállításánál számos kompromisszumot kellett kötnünk, mi készült el eddig, mi fér bele, és mi feszítené szét már ezt a terjedelmet. Az egyes fejezetek jellegükben igen eltérőek, néhány inkább a szabályozási alapokat és annak időbeli alakulását mutatja be, más fejezetek a vizsgált 30 év TB támogatási trendjeit elemzik részleteiben, vagy javaslatokat tesznek az adott ellátási terület megújítására. A Jegyzet jelenlegi összeállítása például nem tartalmazza a hazai magán-egészségbiztosítás szabályozásának és térnyerésének bemutatását. Jelenlegi induló kötetben a gyógyszer-támogatás rendszerének átfogó elemzésére sem vállalkoztunk, mert véleményünk szerint annak rendszerváltást követő bemutatására külön jegyzetet és szakkönyvet érdemes szánni.

A Tanulmánykötet és Jegyzet elsődleges célja, hogy egyetemi jegyzetként szolgáljon, így minden fejezete önállóan is olvasható egységet képez. Az egyes fejezetek végén összefoglaló található a fejezet lényegéről kiemelve és felsorolva az adott terület meghatározó fogalmait, valamint számos kontrollkérdést is tartalmaznak, hogy az olvasó valóban megértette-e a fejezet lényegi összefüggéseit. Az egyes fejezetek zárásaként a felhasznált irodalom és egyéb (internetes, jogszabályi) forrásokat talál az olvasó. A Jegyzet további célcsoportjai akár köz-, akár magánszférában tevékenykednek: az egészségügyben dolgozó közgazdászok, finanszírozási és kontrolling szakemberek, intézmény-vezetők, magánegészségügyi szolgálatok, magánbiztosítók és egészségpénztárak vezetői, üzleti tervezéssel, pénzügyekkel, termékfejlesztéssel foglalkozó szakemberei.

Az alábbi Tanulmánykötetet és Jegyzetet annak digitális formájában terveink szerint 2 évente frissítjük az elérhető makro-financezírozási és az egészségügyi ellátórendszer teljesítményét meghatározó adatokkal. A rá következő években főleg az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási tételeinek, és teljesítményeinek alakulását grafikonokkal, táblázatos formában digitális formában legalább kétéves rendszerességgel kívánjuk frissíteni.

Miskolc, 2026. március 27.

1. A közfinanszírozott egészségbiztosítás küldetése: szolidaritás és hatékonyság

Szerzők: Dózsa Csaba László, Nagy Júlia

Tartalom

1.	A közfinanszírozott egészségbiztosítás küldetése: szolidaritás és hatékonyság	1
1.1.	Bevezetés – kockázatközösség és szolidaritás az egészségbiztosításban.....	2
1.2.	Az egészségbiztosítási rendszerek szereplői és alapelvei	4
1.2.1.	Az egészségügyi rendszer és szociális védelem.....	4
1.2.2.	Az egészségbiztosítás hármas felépítése és a biztosítási csomag.....	5
1.2.3.	Az egészségbiztosítási rendszerek alapelvei	7
1.3.	Az egészségügyi ellátás finanszírozásának alternatívái: közfinanszírozás vagy magánfinanszírozás	9
1.3.1.	Közfinanszírozás	9
1.3.2.	Magánfinanszírozás.....	11
1.4.	Választás a közfinanszírozott forrásteremtési modellek között	13
1.4.1.	Szolidaritás védelem	14
1.4.2.	Vásárlóerő védelem.....	14
1.4.3.	A befizetési cél védelem	15
1.4.4.	Jogosultak, a jogosultság védelem	15
1.4.5.	A szolidaritáselvű egészségbiztosítás altípusai	17
1.5.	Forrásteremtés és a forrásallokáció a közfinanszírozásban.....	19
1.5.1.	A forrásteremtés fókusza és a forrásteremtési elvárások	19
1.5.2.	A forrásallokáció	20
1.6.	A magyar egészségbiztosítási modell napjainkban	22
1.7.	A Nemzeti Egészségbiztosító stratégiai szolgáltatásvásárlásának koncepciója és aktuális javaslata	23

1.7.1.	A biztosítói szolgáltatásvásárlás elméleti háttere – nemzetközi tapasztalatai..	23
1.7.2.	A biztosítói szolgáltatásvásárlás 2006. évi koncepciója	26
1.7.3.	A biztosítói szolgáltatásvásárlás jelenleg javasolt modellje	29
1.7.4.	Konklúzió – döntési pontok	33
1.9.	Kontrollkérdések	34
1.10.	Kulcsszavak és rövidítések.....	34
1.11.	Ábrajegyzék	36
1.12.	Hivatkozások	37
1.13.	Melléklet.....	40

1.1. Bevezetés – kockázatközösség és szolidaritás az egészségbiztosításban

Ebben a felvezető fejezetben elméleti oldalról vizsgáljuk meg, hogy mi is a társadalmi küldetése és eredete az egészségbiztosításnak, különösen a kötelező egészségbiztosításnak, mint a társadalombiztosítás egyik kiemelt ágazatának. Sorra vesszük az egészségbiztosítás főbb jellemzőit, típusait, végül megvizsgáljuk, hogy a hazai kötelező egészségbiztosításban különösen a szolgáltatásvásárlásban milyen további fejlesztési lehetőségek rejlenek. A meghatározó magyar nyelvű fogalmakat tájékoztató és oktatási jelleggel az angol nyelvű megfelelő fogalmakkal és szakszavakkal is kiegészítjük.

A szolidaritási elven szervezett egészségbiztosítás helyét, szerepét a társadalomban legpontosabban annak a közösségi igénynek, közfeladatnak a bemutatásával lehet meghatározni, amely közösségi feladatokat megvalósíthat egy ország életében. A modern társadalmak célkeresztjében az életminőség, ezen belül az egészséges ember, az egészséges közösség élete áll, annak kellene állnia. Ennek érdekében kell létrehozni, működtetni olyan társadalmi alrendszert, amely képes az állampolgárok, a betegek érdekében az egészségügyi ellátási iránti igény felmerülésekor a szolgáltatásokhoz a széleskörű hozzáférhetőségét biztosítani, a szolgáltatások fenntartható (és magas színvonalú) finanszírozhatóságát biztosítani. Az egészségügyi szolgáltatások költsége sokszor jelentős, meghaladhatja a betegek aktuális fizetőképességét. Ezért a szolgáltatások finanszírozási fedezetét egy olyan megoldással célszerű biztosítani, ahol az egészségügyi ellátás közös finanszírozására szerveződött közösségek jövedelemszerzési képességgel rendelkező tagjai fizetési képességük (willingness

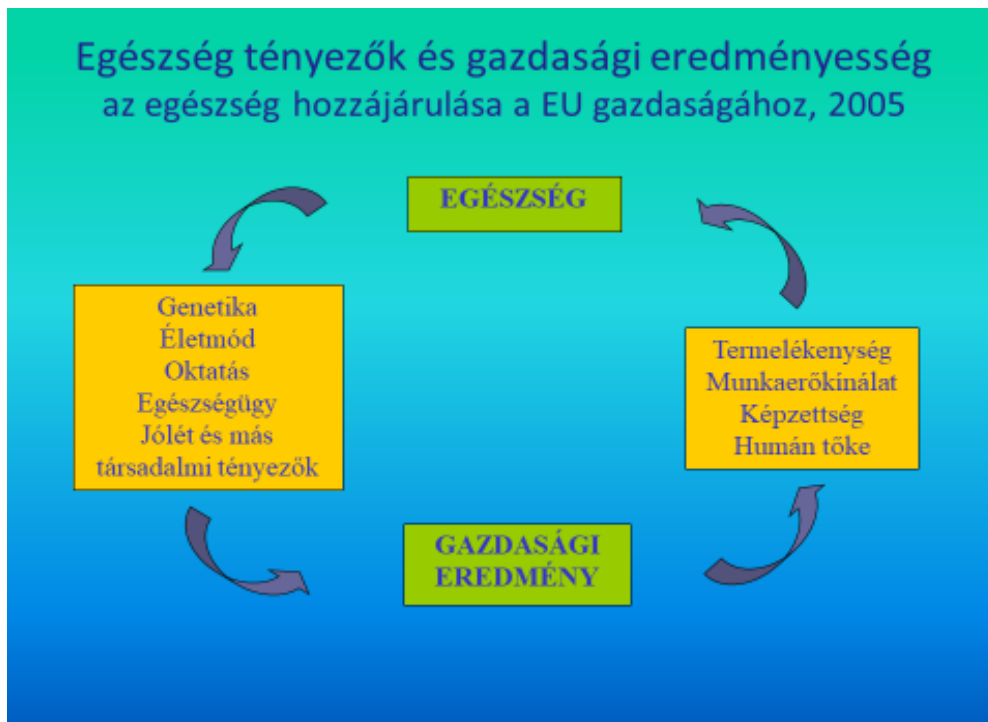
to pay) alapján rendszeresen fizetnek egy szabályozott mérték szerint megállapított hozzájárulást a közösség egészségi ellátásának finanszírozásához függetlenül attól, hogy éppen betegek vagy egészségesek (vertikális méltányosság). Ezzel a megoldással egy országos, vagy más területi szintű rizikóközösség (risk pool) jön létre, amely az ellátási igények felmerülésekor jelentkező magas egyéni finanszírozási teher helyett rizikómegosztás és közös pénzügyi kockázat csökkentés által támogatja az egyéni igénybevétel lehetőségét. Az igénybevételi oldalon nem a fizetőképesség számít, hanem az egyéni szükséglet, betegség jellege (horizontális méltányosság).

Egy jól működő társadalomban különösen nagy jelentősége van a szociális, az egészségügyi és az oktatási ágazatnak abban, hogy a társadalom tagjai számára - a családi, társadalmi háttér egyéni lehetőségeitől függetlenül szolidaritási alapon - esélyegyenlőséget adjon minden résztvevő számára a személyes egyéni életpályája kiteljesítéséhez.

A kormányzati struktúrákban ezen feladatok felelősei a szociális védelmi rendszert (védőháló) alkotják. A szociális védelmi rendszer általában olyan kockázatok kezelését biztosítja, amelyek az állampolgárok átmeneti, vagy tartós életfunkció kiesésekor, sérülésekor, a feladatok, a szerepek betöltésében bekövetkezett veszélyhelyzetekben jelentkeznek. Ilyen élethelyzetek a munkanélküliség, a rossz egészségi állapot, a rokkantság miatt állnak elő, vagy az életkorból adódó kiszolgáltatottság szakaszában, mint gyermekkor, időskor, jelentkeznek. A szolidaritás mellett az ún. testvériség (fraternité) is megjelenik, mint átfogó fogalom a védőháló kifejezésén (Fraternité jelentés, 1991, Ferge, 1996).

A társadalom fejlődése egészséges, művelt, képzett embereket kíván, sem a társadalmi sem a gazdasági fejlődés nem képzelhető el hátrányos helyzetű, rossz egészségi állapotú emberek tömegével, mint ahogy nem képzelhető el a megfelelő iskolai végzettség, tudás, kulturális ismeretek, értékek hiánya mellett sem. A társadalmi - közösségi (social, public) - elven szervezett szociális védelmi rendszerek az egyéni egészségi életutak, valamint ezek összességében a társadalom számára nagyobb hasznot, jólétet képesek biztosítani, mint az egyének által egyedileg szervezhető, biztosítható, finanszírozható védelmi megoldások. Ezt az összefüggést eredetileg leginkább a Grossman modell írja le „Demand for Health” címmel (Grossman, 1972).

1.1. ábra Egészség, mint a gazdasági fejlődés kulcsfontosságú tényezője



Forrás: kidolgozás szerzők, Grossman modell alapján

Az ésszerűségi szempontok mellett más járulékos főként pozitív (ún. externális) következményekkel, hatásokkal is számolni lehet. Piacgazdasági körülmények között a társadalmi béke megőrzését a minimális létfeltételeket biztosító szociális ellátóhálóval, az alapvető egészségügyi szolgáltatások elérhetőségével, a családi és jövedelmi helyzettől függetlenül biztosított oktatással lehet erősíteni.

1.2. Az egészségbiztosítási rendszerek szereplői és alapelvei

1.2.1. Az egészségügyi rendszer és szociális védelem

A jólét meghatározó dimenziója egyéni és közösségi szinten egyaránt az egészségi állapot minősége és a várható élettartam. A WHO által kidolgozott QALY mutató (Quality Adjusted Life Years – minőségben megmentett életév) ezt a két fontos elemet ötvözi magában, mely mára az egészség-gazdasági elemzések legfontosabb összehasonlító elemző eszközévé vált (Kaló, 2010). Az egészség mértéke visszatükrözi az adott ország, az adott korszak természeti, gazdasági, társadalmi létezésének együttes következményét, amelynek nem egyedüli, de mindenképpen központi tartópillére az egészségügyi rendszer (health care system) még akkor is, ha legtöbbször más társadalmi és súlyos természeti hatások (környezetszennyezés, munkahelyi ártalmak) következményének kármentő feladatát kell felvállalnia.

A szociális védelem arra is fókuszál, hogy az emberek számára a mindennapi életbe a visszatérés útját – az átmeneti, vagy tartós nehéz élethelyzet ellenére, vagy azt követően – nyitva tartsa. **A széles körben elérhető egészségügyi ellátás meghatározó pillére az egész társadalom, és a kisebb közösségek szociális védelmi rendszerének. Az egészségügyi rendszer szerepe, feladata,** hatása a társadalomra, az egészségi állapotra többféle megközelítésben is megnevezhető:

- Elsődleges feladata az egészségvédelem, megelőzés, gyógyítás, rehabilitáció, palliáció.
- Az egészségügyi rendszer önmagában nem képes a rossz egészségi állapot kialakulását megakadályozni, viszont a társadalom más területein fellépő veszélyek által a lakosság egészségi állapotában bekövetkező károk felszámolása már az egészségügyi rendszerre hárul.
- Az egészségügyi ellátás az egyik alapvető transzfer elem a társadalom, a gazdaság elért fejlettségének életminőségre való konvertálásában (Grossman, 1992).
- Az egészségügy a társadalom, a gazdaság fejlettségét meghatározó humán erőforrás, humán vagyon értékét védő, megőrző, gyarapító ágazat (Orosz, 2001, Kaló, 2010).
- Az egészségügyi ellátás eszköz a társadalomban az esélyegyenlőség megőrzésében, a társadalom mobilitásában, a szociális védelemben, a szolidaritás megvalósításában.
- Az egészségügy a gazdaság jelentős ágazata, és a jövőben, a gyógyítás fejlődése, az életszínvonal, a jövedelmek növekedése által még inkább egyre növekvő részaránnyal rendelkező ágazata lesz.

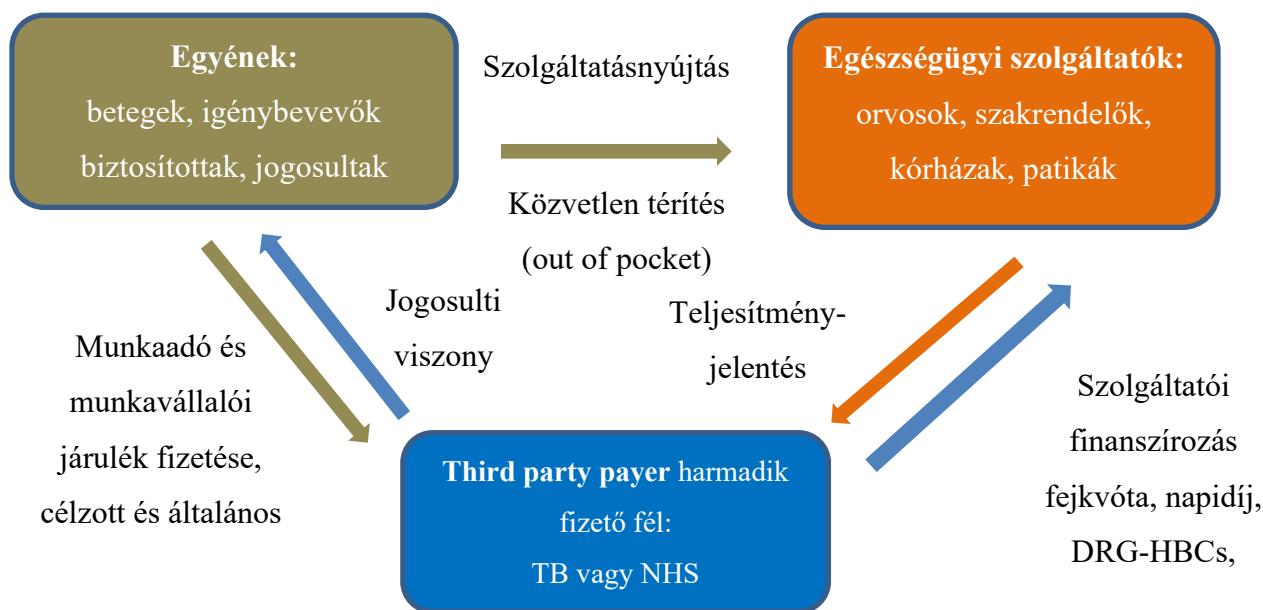
Az egészségvédelem fontosságát Magyarország Alaptörvénye jelöli ki. Az Alaptörvény szellemében definiálhatók azok az egészségbiztosítási alapelvek, amelyek megvalósítását el kell érni. Az Alaptörvény XXII. cikkében biztosított jog alapján mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez. Ez a szemlélet kell, hogy meghatározza a gondolkodásunkat, amikor a jelen egészségügyi rendszerét vizsgáljuk, még inkább, amikor a jövőbeli lehetőségeket kutatjuk, az odavezető utat keressük.

1.2.2. Az egészségbiztosítás hármass felépítése és a biztosítási csomag

Az egészségügyi és egészségbiztosítási ellátás egy sokszereplős rendszer keretében valósul meg, a kulcsszereplők egyrészt a beteg, páciens, ügyfél, biztosított, másrészt az egészségügyi szolgáltató, valamint a harmadik fél (Third Party Payer) finanszírozó, társadalombiztosító (TB) vagy Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS – *National Health Service*) (Reinhardt, 1989). A szolidaritási elven működő közfinanszírozott egészségbiztosítás a leggyakrabban alkalmazott

szervezeti megoldás. A páciens és a szolgáltató közé belépő Finanszírozó a közvetlen fizető vásárló szerepkört (*purchaser role*) tölti be az ellátás igénybevételére jogosultsággal, jogviszonnyal rendelkező beteg támogatójaként. A stratégiai szolgáltatásvásárlás egyik feltétele a vásárlás és a szolgáltatás világos elkülönítése (*purchaser – provider split*), ahogy az alábbi ábrán is látható.

1.2. ábra Az egészségügyi és egészségbiztosítási rendszerek három fő szereplője



Forrás: Saját kidolgozás, Reinhardt ábrája alapján (Reinhardt, 1989)

Az egészségbiztosítás egyik fő feladata a **közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások csomagjának meghatározása** (Gervai, 2011), melyet legalább három dimenzióban érdemes megvizsgálni: a **csomag szélessége**: a jogosultak köre (pl. gyermekek, nyugdíjasok, munkanélküliek alanyi vagy biztosítotti jogon jogosultak-e?), társadalmon belüli arányuk (%-ban kifejezve). A **csomag mélysége**: a lefedett szolgáltatások, egészségügyi technológiák, terápiák köre (pl. PET/CT, Robot sebészet, IVF, biológiai alapú gyógyszerek részét képezik-e a csomagnak). Valamint a **csomag magassága**: a közfinanszírozás mértéke (pl. gyógyszer-támogatás %-os aránya egyes hatóanyag csoportok esetében).

A **teljeskörű egészségügyi hozzáférés (Universal Health Coverage)** (benne a pénzügyi védelemmel és a minőségi ellátásokhoz való hozzáféréssel) biztosítani a lakosság számára már évtizedek óta a WHO és a Világbanki programirodák fókuszában áll (WHO, 2021 Global Monitoring Report, 2022). A betegségek előfordulása miatt bekövetkező katasztrofális (anyagi)

egyéni és családi élethelyzetek minimálisra csökkentése az a szakmapolitikai cél, amit ezek a nemzetközi szervezetek meghirdettek, elemzési módszertannal, kidolgozott indikátorkészlettel és javasolt egészségpolitikai beavatkozási csomaggal (Thomson, 2024, Evetovits, 2025). Collins és munkatársai átfogó elemzést készítettek ennek a koncepciónak a mentén és főbb megállapításuk, hogy „Az ENSZ tagállamai elkötelezték magukat az egyetemes egészségbiztosítás, egészségügyi hozzáférés (UHC) mellett annak biztosítása érdekében, hogy minden egyén és közösség anyagi nehézségek nélkül megkapja a szükséges egészségügyi szolgáltatásokat.” (Collins, et. al. 2023).

1.2.3. Az egészségbiztosítási rendszerek alapelvei

Az egészségbiztosító feladata az Egészségbiztosítási törvénynek (Ebtv) megfelelően a kockázatközösség számára gyűjtött források hatékony allokációja, az egyes egészségügyi eljárásokra, terápiákra és technológiákra jogosultak körének szabályozása az egészségügyi állapot, az indikációk szerint, a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást végzők kiválasztása, a finanszírozás mértékének, jelentésének, elszámolásának szabályozása. Mindezek eredményeként megvalósul a finanszírozási források szétosztása a betegek, a betegségek, a beavatkozások, szolgáltatók között, a régiók, a korcsoportok, a jogosultak csoportjai között annak érdekében, hogy a betegek meggyógyuljanak, az életfunkciók visszaállítása megtörténjen, minél hosszabb életet, minél jobb életminőségben éljenek meg. A stratégiai szolgáltatásvásárlás és általában a kötelező egészségbiztosítási rendszer működtetése során számos elvet kell figyelembe venni.

- A *vertikális méltányosság elvét* követve az adó és járulékbehajtása során a tehetősebb adófizetők arányosan nagyobb mértékben járulnak hozzá a közkiadásokhoz.
- A *horizontális méltányosság elvét* követve az azonos betegségben szenvedő lakosok/ biztosítottak számára azonos színvonalú és tartalmú egészségügyi ellátást kell biztosítani
- A *nagyobb egészségnyereséget* biztosító költséghatékonyabb ellátások preferálása ugyanazon ellátási feladatokra (ICER: az inkrementális hatékonyság javítás elvének követése).
- A *normatív szükséglet elvének érvényesítése* a szolgáltatások vásárlása során, hogy az azonos betegségben és súlyosságban szenvedő betegek lakhelyükről, jövedelmüktől, politikai hovatartozásukról, koruktól, nemüktől etnikai hovatartozásuktól függetlenül biztosítja a megfelelő egészségügyi ellátást.

- A *méltányosság (pozitív diszkrimináció elvének követése* miszerint minden, az egészségbiztosítási csomagba bevont betegségre legalább egy hatásos terápiához való hozzáférés valósuljon meg, még akkor is, ha ezek költsége meghaladja más megbetegedések kezelésének költségigényét.
- *Szubszidiaritás elvének követése:* az ellátásokat a hatékonyság és a minőség szempontjait is követve az egyénhez, a lakossághoz a lehető legközelebb kell biztosítani, a döntéseket is alacsonyabb szintre delegálni kerülve a túlzott centralizációt.
- A szolgáltatói kapacitáslekötés, vásárlás és finanszírozás során a *méret- és választékgazdaságosság elveinek* követése a működőképesség fenntarthatóság érdekében. (Az ellátói kapacitások megfelelő kihasználtsága csökkenti az átlagköltséget, az integrált szolgáltatási megoldások a ráépülő közvetett (overhead) költségek arányát.).
- A *közkiadások kímélése és a pénzügyi egyensúly* biztosítása érdekében a kiadások féken tartása, a pénzügyi lehetőségek határán belül maradást szolgáló versenyeztetés és költségkorlátozás. Figyelemmel kell arra lenni, hogy a túlzott mértékű újraelosztás, magas adó- és járulék színvonal megterheli a gazdaságot és a háztartásokat, (burden of taxation).

A három fő szereplő mellett azonban az egészségügyi ellátás irányítói, szervezői, felügyelői között számos fontos szereplőt azonosíthatunk:

- Az egészségügyi rendszer egészének normatív működési szabályait, a jogokat, kötelezettségeket, a kapcsolatrendszert a Parlament, a Kormányzati szervek határozzák meg.
- A szakmai tanácsadó szervek, mint az Egészségügyi Tudományos Tanács, Szakmai Kollégium, az egyetemi képzési és kutatási központok az egészségügyi ellátás szakmai szabályainak lefektetésére, ellenőrzésére, fejlesztésére hivatottak.
- Az ellátás biztonságát, a szolgáltatók működésének megfelelőségét, nyilvántartását, engedélyezését, etikai ügyek kivizsgálását valamint az egészségügyi dolgozók foglalkoztatásának alapjául szolgáló engedélyek kiadását, ellenőrzését, visszavonását államigazgatási szervek és részben az ágazati kamarák végzik (NNGYK, MOK, MGYK, MESZK).
- Az államigazgatáshoz kapcsolódó egyes szakmai szervezetek pedig az országban végezhető, alkalmazható egészségügyi technológiák minősítését, nyilvántartását, a

forgalomba hozatal, az alkalmazás engedélyezésével kapcsolatos feladatokat látják el a biztonság, a hatásosság szempontját érvényesítve (ETT, NNGYK).

- Végezetül a közfinanszírozásba vonást kapacitáslekötési megállapodással és finanszírozási szerződést kötést követően fix, fejkvóta, vagy teljesítmény jellegű finanszírozást pedig az egészségbiztosító végzi (NEAK).

Az egészségügyi ellátásnak mindemellett - akár a közfinanszírozott, akár a magánfinanszírozású ellátásról beszélünk – sokoldalú és széles kapcsolata van a piacgazdaság többi szereplőjével, elsődlegesen az egészségügyi ellátáshoz szükséges termékeket előállító piaci szereplőkkel, a munkaerő piaccal, a munkáltatókkal és azok szövetségeivel (Pl. AIPM, MAGYOSZ). Valamint nagyon fontos a civil társadalom szerepe is a hazai egészségügyi rendszer fejlesztésében és működésében, minőségbiztosításában, főként az orvostársaságok (például Magyar Kardiológiai, Magyar Sebészeti, Onkológiai, Tüdőgyógyász Társaság) és más egészségügyi szakmákat képviselő társaságok, egyesületek révén (Magyar Kórházszövetség, Egészségügyi Menedzsment Társaság, MEMT), Egészség-gazdaságtani Társaság, META).

1.3. Az egészségügyi ellátás finanszírozásának alternatívái: közfinanszírozás vagy magánfinanszírozás

Az egészségügyi ellátás finanszírozása szerint ma két fő egészségügyi ellátási rendszer alternatívát különböztetünk meg: a közfinanszírozást és a magánfinanszírozást. A világban a hagyományok, a közösségi egészségügyi ellátás létrehozásakor fennálló sajátos történelmi helyzetek miatt, gyakran politikai, érdekharcok eredményeként, sokféle megoldás jött létre a drága egészségügyi ellátások pénzügyi terhének megosztására, az ellátások elérhetőségének biztosítására. A fő rendszer típusok azonban megnevezhetők, azaz beszélhetünk közfinanszírozott egészségügyi ellátásról és magánfinanszírozott egészségügyi ellátásról.

1.3.1. Közfinanszírozás

Az adó és / vagy járulék alapú közfinanszírozás alapvető fő alternatíva, amely kevés kivételtől eltekintve, a mai világunkban általánosan, országonként azonban változó mértékben, csaknem a világ minden országában jelen van. A közfinanszírozottan igénybe vehető ellátásra szervezett egészségügyi rendszerről akkor beszélhetünk, amikor egy ország (teljes) lakossága, vagy esetleg annak egy - egy része, kockázati közösségbe, vagy közösségekbe tömörül az alapvető egészségügyi szolgáltatások igénybevételére, azok szolidaritási elv alapú finanszírozására. A szolidaritás minimum annyit jelent, hogy a közösség tagjai nem az egészségi állapotuk

függvényében járulnak hozzá a szolgáltatásokra járó kiadásokhoz (vertikális méltányosság), hanem jövedelmük szintjének megfelelően, miközben az ellátás igénybevételeének lehetőségét az egészségügyi ellátás iránti jogos igény határozza meg (horizontális méltányosság).

A szolidaritási elven működő közfinanszírozott egészségügyben a közvetlen, a szolgáltatók számára a kifizetéseket biztosító finanszírozó szerep betöltője lehet az állam (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat - National Health Service) vagy egy, vagy több viszonylag önálló, független, az államigazgatástól elkülönülve működő, a közösségi pénzügyi alap szolidaritási elvű kezeléséért felelős szervezet (társadalombiztosító, vagy biztosítók).

Az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó közösségi védelmi formákról, a bányatársuladának a megjelenéséről, már a XIII. század korszakából is tudunk. Magyarországon, állami szinten szervezett egészségbiztosításról, igaz korszakonként különböző lefedettséggel, szolgáltatási csomaggal, 1891-től kezdődően beszélhetünk (1891. évi XIV. tc.).

Magyarországon - a számos önkéntes, az emberek pénzügyi, egészségügyi biztonságát szolgáló rendszer megjelenését követően - a munkásbiztosítás 1892 - ben vált kötelezővé. 1981-re az önkéntes alapú biztosítás már elérte a 40 %-os lefedettséget.

A 1927. évi XXI. törvénycikkkel létrehozott Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI) a magyar társadalombiztosítás egységes rendszerét működtette egészen 1950-ig. Ezt követően, a szovjet minta adaptálásával, néhány elem kivételével, hosszú évekre az általános, minden egészségbiztosítási ellátásra kiterjedő egységes rendszer megszűnt, az újjáépítést a pénzügyi kifizetésekre, gyógyszer-támogatásra még működő, szakszervezeti társadalombiztosítási intézet fejlesztésével kellett megoldani. Ebben az időszakban egyes egészségügyi ellátási feladatokat nem a társadalombiztosítási rendszeren keresztül, hanem más államigazgatási szervek beiktatásával végezték.

Végül a társadalombiztosítás egészségügyi finanszírozási csomagjába a gyógyító – megelőző ellátások 1990 január 1-től ismét bevonásra kerülhettek, a tanácsai/önkormányzati finanszírozásból kiemelve, az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóságnak (OTF) már 1989-től részét képező gyógyszer- és gyógyászati segédeszköztámogatás, táppénz és egyéb pénzügyi ellátási szolgáltatások mellé.

A közfinanszírozáson belül megkülönböztethető az állami rendszerben, államigazgatási szervezeteken keresztül felügyelt, finanszírozott rendszer és a közvetlen államigazgatástól elkülönült, azonban a mindenkori kormányzat által meghatározott, szabályozott keretek között működő, felügyelt (akár saját önkormányzattal rendelkező), önálló pénzügyi alapkezelési

feladattal rendelkező társadalombiztosítási szervezete(ke)t. A társadalombiztosítás körében még tovább osztályozhatjuk a megoldásokat úgy, mint egy intézettel (biztosítóval) vagy több intézettel (biztosítóval) működő egészségbiztosítási megoldások. Egyes országokban főként az ágazati jellegű biztosítások terjedtek el, máshol pedig a területi, regionális, tartományi szinten szervezett egészségbiztosítók (Ausztria, Franciaország), vagy ezek kombinációja (Németország, Belgium). Több országban a kötelező egészségbiztosítás keretében a biztosítók az egész ország területén versenyezhetnek is az ügyfelekért (Hollandia, Németország, Csehország).

A modellek megnevezésében gyakori, hogy az első kezdeményezőjéről kapták a megnevezést. Így lett a költségvetésből finanszírozott szovjet típusú megoldás a Szemasko-modell, a II. Világháború után létrehozott, adóból finanszírozott angol rendszer a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat a Beverige modell, végül a németországi megoldás, amely a szolidaritás elvre épül, a munkáltató befizetési kötelezettsége közvetlenül nevesített többintézményes biztosítási rendszer a Bismarck modell. Az elmúlt évtizedekben azonban Európában jelentős konvergencia zajlott le a két fő alaptípus között az allokáció, és a konkrét egészségügyi szolgáltatások csomagjának (terápiás és technológiai) tartalma és finanszírozási technikái között.

Jelen ismereteink, tapasztalatunk szerint a szolidaritáselvű egészségbiztosítás vagy NHS segítheti a legjobban a közösségi életerő növelését, mivel a szegényebbek számára is új esélyt ad az egészség visszaállításához, a fertőzések kezeléséhez, a társadalmi életben való jelenléthez, és ez a rendszer képes támogatni a legerőteljesebben az egészségügyi ellátás során jellemzően megjelenő információs aszimmetria miatt létrejövő beteg oldali, azaz „vásárló oldali” hátrányokat, szemben a magánfinanszírozott megoldásokkal (WHO, 2000).

1.3.2. Magánfinanszírozás

A másik lehetséges alternatíva a magánfinanszírozással járó egészségügyi ellátás igénybevétele. Ebben az esetben az egyének egyéni gondoskodással oldják meg az egészségügyi ellátásuk finanszírozását, amely megvalósulhat egyéni fizetéssel az ellátás igénybevételekor, vagy magán egészségügybiztosítással, rendszeres előre, az igénybevételtől független időpontban történő befizetéssel. A magánbiztosítások csoportjának fő jellemzője a profit-orientált szemlélet. Ez a megoldás a mai időkben többnyire nem általános, széles körben megoldást nyújtó pénzügyi modellként van jelen az egészségügyben, hanem járulékos lehetőségként a közösségi finanszírozás, biztosítás mellett (Orosz, 2002).

A magán egészségbiztosítás kulcsjellemzője az, hogy a fizetés mértéke nem a biztosított jövedelemének szintjétől, hanem az egészségi állapottól függ, az állapot változásának függvényében általában módosulhat is. A magánbiztosítás köztudottan nem támogatja a kockázatmegosztást a szegények és a gazdagok, az idősek és a fiatalok között, hanem a biztosított egészségi státuszától teszi függővé a díjfizetést mértékét, amely így csak az egészségügyi státusz kategórián belüli kockázatokat egyenlítheti ki, valamint a potenciális fizetési igényt teríti szét a rendszeres befizetés által a biztosított hosszabb életszakaszára, az ellátás igénybevételével egybeeső fizetési időpont helyett (Nagy, 2005). A részvétel nem kötelező, hanem csak választható opció a versenyző biztosítók között. Ahol jelen van, többnyire egymás mellett számos magán egészségbiztosító működik. (Hazai nem egészségügyi példa erre a CASCO biztosítási terület.)

Ebben a rendszerben a kockázat megosztása a várható rizikó nagysága szerint kialakított, az azonos rizikó szerint szelektált kockázati csoportok, közösségeken belül történik, a magasabb kockázatú csoport magasabb, az alacsonyabb kockázatú mérsékeltébb biztosítási díjat fizet, akár nemzetközi szinten is kiegyenlítve a kockázatokat a multinacionális biztosító társaságok révén. A cél elsődlegesen a kockázat időbeni megosztása a kockázatközösséget vállalók között. Az egészségügyi rendszerekben az ilyen típusú biztosítás alkalmazása korlátozott, leginkább a kiegészítő biztosításokban (pl. életbiztosítások, utas poggyász és balesetbiztosítás) jelenik meg. Az egyik mintaország az üzleti jellegű magán-egészségbiztosítás alkalmazására az USA, ahol kötelezővé téve kiterjedten alkalmazzák ezt az elvet alap egészségbiztosításként is.

A magánbiztosítók között természetesen verseny jön létre a biztosítás potenciális alanyaiért. Az azonban kiemelendő, hogy a verseny fókusza ezen a piacon a pénzügyi kockázat csökkentése, a profit elvárás teljesülése, szemben azzal a fókusszal, amit az egészségügyi rendszerektől, az egészségbiztosítástól elvárunk, azaz szemben az egészségnyereség növelésre irányuló alapvető prioritással. A konstrukció lényegéből fakadó alapvető törekvés a jobb állapotú betegek kiválasztása, megnyerése a biztosítóhoz való csatlakozás érdekében, amelyre való törekvés gyakran tetten érhető olyan marketing jellemzőkben is, mint a hirdetés fórumai, a biztosítási (alap)csomag összetétele (Nagy, 2005).

A kérdés tehát végül is az, hogy hol húzható meg a megfelelő, társadalmi szinten elfogadható határvonal a közfinanszírozott alaprendszer és a kiegészítő szerepre vállalkozó magánbiztosítás között, milyen egymásra épülő kapcsolatrendszer képzelhető el, vagy egyáltalán milyen más felállás képzelhető el. Jó példák erre a Franciaországban és Katalóniában több mint 100 éves hagyományra visszatekintő elterjedt Mutuelle, vagy Mutualité rendszer, mely a felnőtt

munkavállaló lakosság több mint 50%-ára terjed ki. Felmerülhet az is, hogy olyan rendszert hoznak létre, amelyben az ellátottak egy meghatározott körére, például a jövedelem függvényében, megengedett a teljes kilépés a közfinanszírozott ellátásból (opt-out, Németország). Ez ilyen megoldás azonban azzal jár, hogy egyúttal a közfinanszírozás forrásteremtési és rizikó megosztási lehetőségei csökkennek, a társadalmi szintű szolidaritás mértéke csökken.

Az egészségügyi szükségletek alapján az ellátáshoz a hozzáférés, a finanszírozás módja az az Európai Unió országok többségében már régóta nem piaci/üzleti elven, hanem egy, a többség által elfogadott közteherviselésen alapuló kötelezettségvállalás alapján jön létre.

1.4. Választás a közfinanszírozott forrásteremtési modellek között

Magyarországon időről időre, újra és újra felmerül a modellválasztás, módosítás opciója a közfinanszírozott megoldás esetében is arról, hogy a rendszer állami (költségvetés, adó) vagy szolidáriselvű társadalombiztosítási rendszer legyen (Kornai, 2004. Gaál, 2007, Dózsa, 2008). Már a társadalombiztosítás építésének korszakában, a rendszerváltás előtti korszak tapasztalatainak birtokában is megfogalmazódott olyan szándék és történtek olyan átszervezési lépések, ami mondhatni egyfajta állami rendszer létrehozása irányába mutatott, az angol NHS (National Health Services) típusú megoldásra hivatkozással.

A kétezres években a független egyintézményes szolidaritáselvű egészségbiztosítás hátrébbléptetése volt megfigyelhető (Dózsa, 2008). Az egészségügyi ellátásban mindeközben kialakult ellátási anomáliák, mint pl. a társadalombiztosítás vásárlói szerepkörének érezhető gyengülése, az ellenőrzés szintjének csökkenése azáltal, hogy más szereplők kaptak néhány alapvető biztosítói feladatra megbízást, ismét megerősítette azt a véleményt, hogy az egyintézményes, társadalombiztosítási szolidaritási elvre épülő egészségügyi forrásteremtési megoldást kell fenntartani, építeni. Ezáltal megkezdődött az elvesztett funkciók visszaépítése, rehabilitálása, új lendületet, új lehetőséget, cselekvési teret kapott a biztosítói megoldás, a betegérdek képviselője, a szolgáltatásvásárlás típusú biztosítói feladatok.

A közfinanszírozott egészségbiztosítás az emberek érdekének szolgálatában négy kiemelten fontos védelmi funkciót teljesít. Ezek áttekintése megvilágítja, hogy miért van az előny a közfinanszírozott egészségbiztosításon a magánfinanszírozott biztosítással szemben, és arra is rávilágít, hogy miért inkább a biztosítói megoldást érdemes preferálni az adóalapúval szemben a közfinanszírozott rendszer megvalósítására. A vizsgálandó biztosítói funkcionalitások a modellirány kiválasztásához, igazolásához a szolidaritás védelme, az

egészségügyi vásárló erő védelme és erősítése, az eredendő forrásteremtési cél védelme, valamint a rendszerben a forrásteremtési kötelezettséget teljesítők, a jogosultságot szerzettek védelme (Dózsa, 2006b).

1.4.1. Szolidaritás védelem

Egységes rizikóközösség megvalósítása az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben, az egészségügyi ellátásban jelentkező nagy, sokszor az emberek minden megtakarítását felemésztő nagyságú pénzügyi teherrel járó egyéni rizikók terheinek egyéni viselése helyett a közös teherviselés megvalósítása, a rizikómegosztás a különböző társadalmi csoportok között. A betegség miatt várható terhek jelentősen eltérnek a betegség típusa, a beteg életkora, a jövedelmi helyzet alapján. Ezért **a szolidaritás elvű biztosítási rendszerekben a jövedelemarányos befizetés a jellemző, nem pedig a magánbiztosításra jellemző rizikó nagyságtól függő díjfizetés.**

1.4.2. Vásárlóerő védelem

A biztosítási rendszerben az egyéni vásárló helyett egy csoportos közös vásárlóerő áll szemben az egészségügyi szolgáltatók azon természetes viselkedésével, hogy a tevékenységükért megpróbálják a legnagyobb térítési díjat elérni, azaz a térítési díj centrumát a költség centrum helyett a hasznosság szintjére helyezni.

Az egészségügyben a szakirodalomban sokszor idézett „willingness to pay” elv, azaz megfizettetni a szolgáltatás árát, amennyire a vásárlónak hajlandósága van, különösen kritikus hatású, mivel az emberek számára az egészség, az élet végtelen nagy értékkel bír. Erre a szolgáltatási piacra – szemben sok más szolgáltatás, termék piacával - az új kapacitások beáramoltatása, szakképzett munkaerő elérése sem olyan egyszerű, korlátozott a lehetőség arra, hogy rövid távon a kereslet – kínálat kiegyenlítésével megfelelő árak jöjjenek létre.

A betegek számára egyénileg az egészség hasznossági értéke végtelenül magas, azonban a közös vásárlásnál ennél alacsonyabb, a költségekhez közelítő szinten lehet a térítési díjakat tartani. Ez nem zárja ki, hogy a térítési díjakban ugyanakkor a minőséget, az elért ellátási eredményt is elismerjék.

1.3. ábra A holland egészségbiztosítási rendszer finanszírozása és kockázat kiegyenlítési mechanizmusa



Forrás: Van Vliet et al, 2013.

Ez az árvédelmi funkció nem, vagy csak bonyolult módszerekkel részlegesen biztosítható az ún. állami rendszerű egészségügyi finanszírozásban (lásd UK, NHS), mivel nem jön létre a vásárló és az ellátó, azaz a finanszírozó és a szolgáltató elválasztása, a „provider and purchaser split (PPS)” által az a szeparáció, amely teret engedne a közösségi, a biztosítottak érdekeit védő vásárlóerő megerősödéséhez.

1.4.3. A befizetési cél védelem

A biztosítási rendszer előnyös abból a szempontból is, hogy egyértelművé teszi az állampolgárok számára, hogy a befizetett járulék mire szól, mire költhető, miért fizetik. Ezért ebben a rendszerben kisebb az esélye annak, hogy az egészségügyi ellátás érdekében befizetett járulékokat más, nem egészségügyi célú feladatokra fordítsák, az elkülönített egészségügyi pénzügyi alap védett más versengő forrás-allokációs céloktól.

1.4.4. Jogosultak, a jogosultság védelem

A biztosítási rendszerben egyértelmű kapcsolat hozható létre a jogosultság megszerzése és a szolgáltatások igénybevétele között. A nem biztosítási formában működő rendszerek vagy rendszerelemek esetén még nagyobb kihívás a források megteremtése, még akkor is, ha azt az

adófedezet mellett részben járulékJellegű befizetésekkel biztosítják, a valós jövedelmek szerinti hozzájárulás közvetettebb módon jön létre, az arányosság nem feltétlenül érvényesül.

Gyakran előfordul, hogy a járulékJellegű fizetések mellett mindenféle más adótranszferekkel (pl. fogyasztási adó) próbálják biztosítani az egészségügyi ellátáshoz szükséges forrásokat.

A jogosultak védelme feladathoz tartozik az is, hogy egyértelműen definiálandó, hogy kik a jogosultak, milyen alapon, ki fizet a jogosultak után, milyen ellátásra terjed ki az igénybevételi jog, mi tartozik az egészségügyi ellátási csomaghoz, ki milyen indikációval, milyen hozzáférési - beutalási eljárással juthat a szolgáltatáshoz. A biztosítási forma kikényszeríti ezt a szabályozást. Erre a szabályozásra azért is szükség van, hogy más kiegészítő magán finanszírozású biztosítási megoldások számára egyértelmű tegyék, hogy milyen biztosítási feladatra jöhetnek létre, hogy mire nem szervezhetnek díjfizetést, mivel az már ellátott és finanszírozott funkció a közfinanszírozott alap egészségbiztosítási csomagban. Számolni kell azzal is, hogy idővel a közfinanszírozott (szolgáltatási) alapsomag is fejlődik, változik, belekerülhetnek korábban nem finanszírozott szolgáltatások.

A közfinanszírozott egészségbiztosítási rendszerek döntően ezen védelmi funkciók mentén szerveződnek, ettől függetlenül azonban a fejlődésük, a szabályozásuk országonként jelentősen eltér, eltérhet. Az eltérő státusz sajnálatosan nem abból ered, hogy ki mit gondol egyfajta logikai értelmezés mentén a legjobb modellnek, az optimális megoldásnak, hanem sokkal inkább annak eredménye, hogy az egészségügyi rendszer résztvevői közötti érdekhatárokat hol húzták meg egy – egy történelmi döntési pillanatban az erőviszonyok függvényében.

A már működő modellek azonban jelentős értékkel bíró, valóságon alapuló tapasztalati jellemzést adhatnak a várható hatásokról. Mielőtt a különböző megoldások közötti választást, rangsort meghoznánk érdemes ezért komplexitásában feltárni a közfinanszírozásban működő rendszerek alapvető céljait, a feladatokat, ezen szempontok alapján értékelni a lehetséges megoldásokat.

A közfinanszírozott egészségbiztosítási rendszerben további szakmapolitikai döntés kérdése, hogy egybiztosítós (centralizált) vagy több-biztosítós (decentralizált) közfinanszírozott egészségbiztosítást alakítsanak ki egy országban (nemzeti vagy föderális szinten) egy kockázatközösség esetében. Ez is olyan kérdés a magyar egészségügyben, de más országok esetében is, amelyre nehezen jött, jön végleges válasz, hosszú időn keresztül különböző variációkban lépett elő az egységes rendszer megbontására irányuló szándék. Számos szakmai vitát és reform elképzelést követően (1998-1999-es, 2007-2008-as kísérletek) végül maradt a

rendszerváltást követő centralizált, egy közvásárlón – egy biztosítón alapuló modell, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) megvalósításában ezen a néven egészen 2016. december 31-ig, majd 2017 január 1-től kissé átstrukturálva a szervezetet, számos korábbi önálló funkciójától megfosztva Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) néven.

1.4.5. A szolidaritáselvű egészségbiztosítás altípusai

A társadalombiztosítási rendszerekben a „fizető” bekapcsolásának

- elsődleges oka és szerepe a betegségek miatt fellépő egyéni rizikók szolidaritási elvek szerinti megosztása a biztosítási rendszerhez tartozó rizikó közösségben;
- másodlagos oka a kiemelten fontos vásárlói szerepek betöltése, az egyéni vásárló helyett a közösségi vásárló előnyösebb pozíciójának kihasználása által.

A társadalombiztosítás jellemzője, hogy szolgáltatást – adott esetben egészségügyi szolgáltatást - vásárol egy meghatározott kockázatközösség részére annak érdekében, hogy a kockázati közösségbe tartozó személyek részére az egyéni vásárlás helyett közösségi vásárlás formájában erősebb pozíciót biztosítson, így nyújtva védelmet az indokolatlanul magas egészségügyi szolgáltatásárak ellen, valamint egyéni kockázati védelmet biztosítva a közösség tagjai részére az egészségi állapot miatt szükségessé váló kezelések esetén, valamint az ehhez kapcsolódó jövedelem kiesések ellen

Általában a biztosítási piaci kapcsolat tárgya a biztonság szolgáltatása, a rizikó megosztás felvállalása, azaz annak a biztonságnak a szolgáltatása, hogy a páciensek számára meghatározott pénzösszeg rendszeres befizetése ellenében a váratlanul bekövetkező megbetegedések ellátási költsége egy harmadik fél - a biztosító – közreműködésével kifizethető lesz.

Ismert tény az is, hogy egy többszereplős társadalombiztosítási rendszerben, ahol nem egy, hanem 2 vagy több szolidáris elvű biztosító működik, egyfajta verseny alakul ki. Ez a verseny azonban szemben a sokszor elvárt, a páciensek számára kedvezőbb egészségügyi ellátás megvalósításával, egy olyan versenyt indukál, amelynek fókuszába végül is nem a jobb ellátás, hanem a kedvezőbb rizikó közösség megvalósítása kerül.

Ez a verseny a „kockázat minimalizálás - bevétel maximalizálás- kiadás minimalizálás típusú” játszma kategóriája.

A kockázat minimalizáló verseny mindaddig folytatódik, amíg esély van egy jobb rizikó közösség - jó egészségi állapot, a betegség alacsony előfordulása - megszerzésére, esetleg a

„piaci” érdekeltségek újra felosztása által. A verseny gyakorlatilag állandóan fennáll, miközben a törvényszerűen bekövetkező piaci hibák miatt erősen romolhat az ellátás szintvonala, elérhetősége, biztonsága.

A szolidaritási elvek maximálisan akkor érvényesíthetők, ha nincs mód arra, hogy a kedvezőbb helyzetű páciensek biztosítási közössége elváljon a kedvezőtlenebb helyzetű közösségtől.

- A negatív szelekció hatása, meglehet különböző mértékben, de minden több-biztosítós megoldásban fellép, ahol a magasabb jövedelemmel rendelkezők azonosíthatók, elérhetők;
- A regionális alapon szervezett biztosítók esetén a régiók gazdasági fejlettségének különbsége arányában jelentkezik,
- Ágazati alapon szervezett biztosítóknál megmutatkozik az ágazatok átlagjövedelmének eltéréséből eredő hatás.

1.4. ábra Egy és több-biztosítós egészségbiztosítási rendszerek összehasonlítása

Egyintézetes modell



- ☐ Egységes kockázatközösség
- ☐ A méltányossági elv széleskörben megvalósulhat
- ☐ Az egészségügyi ellátási verseny fókusz a jobb, eredményesebb, biztonságosabb ellátásra irányulhat, mivel a fő versenytér a szolgáltatók közötti verseny

Többintézetes modell



- ☐ Érvényesül a kockázati szelekció
- ☐ A méltányossági szempontok hátrányba kerülhetnek, az egyes biztosítók szolgáltatási palettái differenciálódhatnak
- ☐ Az egészségügyi ellátási verseny fókusz elsőként a rizikócsökkentési versenyen van, nem az ellátás jobb eredményén, minőségén

Forrás: Szerzők saját kidolgozása

- Versengő biztosítók esetén nem igazán lehet kivédeni a választások irányítására irányuló törekvéseket.
- A szolidaritási elv sérülésének mértékével arányosan általában más, pótlólagos forrásokból végül mégis csak biztosítani kell a kedvezőtlenebb kockázati közösségek egészségügyi ellátásának megvalósítását. Erre szolgál a kockázatkiegyenlítési mechanizmus, melyre legkifinomultabb megoldást a holland egészségbiztosítási rendszer nyújtja (Van Vliet, 2013).

Az egészségügyi ellátás alapmodell típusainak besorolása elsősorban az alapján történik, hogy milyen rendszerben, milyen „rizikó-közösségre”, azaz egységesre vagy megosztottra jön létre a konstrukció.

1.5. Forrásteremtés és a forrásallokáció a közfinanszírozásban

A közfinanszírozásért felelős szervezetnek a jogosultak érdekében az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségét, igénybevételét kell garantálni az általa elvégzett szolgáltatásvásárlási műveletekkel, az ehhez kapcsolódón megjelenő finanszírozási eljárásokkal. Az első kérdés mindenekelőtt azt, hogy mit is takar az egészségügy közfinanszírozásának fogalma. Az egészségügyi ellátás közfinanszírozotti rendszerének finanszírozása kifejezés alatt két különálló feladatcsoport különíthető el.

1.5.1. A forrásteremtés fókusza és a forrásteremtési elvárások

Az egyik **a bevételi oldalnak nevezett finanszírozási feladat**, amely az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásához szükséges források összegyűjtéséről, **a forrásteremtésről** szól. A forrásteremtés többféle pénzügyi megoldással valósulhat meg, megnevezve a befizetésre kötelezetteket, a befizetés mértékét, ütemezését, eljárásait, nem utolsósorban megnevezve a forrásokat kezelő szervezeteket.

A forrásteremtés fókusza, hogy mikor, milyen mértékben, kinek kell hozzájárulni az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét finanszírozó közös forráshoz az „Alaphoz”. A hozzájárulási szabályok egyúttal a szolidaritás mértékét, az egyéni jogosultság státuszát, kiterjedését minősítik. Itt jelenhet meg a közösségi finanszírozás stabilitását támogató állami pénzügyi garanciák rendszere is.

A közfinanszírozásban a forrásképzés több csatornán keresztül is megvalósulhat, azaz egymással kombinálható az adó – típusú, vagy adóból történő finanszírozás, a járulék, biztosítási díj típusú finanszírozással. Az adó típusú módszerek jellemzőek azokban az országokban, ahol állampolgári jogon biztosítják az egészségügyi ellátást.

A forrásteremtés elsősorban a jövedelemtulajdonostól vár el befizetést, a jövedelemmel nem rendelkezők, mint pl. gyermekek, eltartottak egészségügyi ellátásának fedezetét így elsősorban a jövedelemmel rendelkezők közösségének befizetései, vagy gyakran az állam általános vagy címzett adóbevételei biztosítják.

Forrásképzési elvárás, hogy támogassa a szolidaritás, a méltányosság, a teherviselés elfogadott szintjét - legalább az azonos esély az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben elv

megvalósítását - az alapvető egészségügyi ellátás tekintetében. Az egészségügyi ellátás elfogadott szintjére elegendő forrásokat biztosítson. A forrásteremtésben jusson érvényre az egészségi állapotért való felelősség. Így a kedvezőtlen egészségi állapot kialakulásáért nagymértékben felelős, szervezetekre az ellátás terhe arányosan visszaháruljon.

A méltányosság, a szolidaritás megvalósításának egyik fő eszköze a forrásképzés megfelelő rendszere. A méltányosság megvalósítása alapvetően egy olyan forrásteremtési mechanizmust jelent, amelyben az egyén fizető képességétől függetlenül azonos esély biztosított az egészségügyi szolgáltatások meghatározott körére.

A befizetés rendszere és módszere determinálja, hogy az adott forrásteremtési rendszer milyen mértékben valósítja meg a szolidaritás és a méltányosság célját. Így például minél nagyobb a fixösszegű, nem jövedelemarányos járulék, annál inkább csökken a szolidaritás, minél inkább jövedelem arányos annál inkább támogatja ezt a célkitűzést. A co-payment magas aránya, azaz a biztosítottak bevonása részfinanszírozással az ellátás fedezetének biztosításába, csökkenti a szolidaritás mértékét. A forrásteremtési rendszer tovább osztályozható aszerint is, hogy ki fizeti be a jövedelmek alapján a járulék típusú befizetéseket. Jellemző, hogy a járulékfizetési kötelezettség részben a jövedelemmel rendelkező biztosított személyeket, részben a munkáltatókat terheli.

1.5.2. A forrásallokáció

A másik **a kiadási oldalnak nevezett finanszírozási feladat**, a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások elvégzésének ellentételezését biztosító **forrásallokáció**. A forrásallokáció az „összegyűjtött” források szétosztását végzi az ellátás jogos igénybevételének arányában, az ellátáshoz szükséges kiadások fedezetére. A forrásallokáció lényegében szétosztja a pénzt a betegségek, a jogosultak, a szolgáltatók, a régiók között a jogos és igénybe vett, vagy várható ellátások szerint.

A forrásallokáció fókusza a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások csomagjának meghatározása, az egyes egészségügyi technológiákra jogosultak körének szabályozása az egészségügyi állapot, az indikációk szerint, a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást végzők kiválasztása, a finanszírozás mértékének, jelentésének, elszámolásának szabályozása. Mindezek eredményeként megvalósul a finanszírozási források szétosztása a betegek, a betegségek, a beavatkozások, szolgáltatók között, a régiók, a korcsoportok, a jogosultak csoportjai között annak érdekében, hogy a betegek meggyógyuljanak, az életfunkciók visszaállítása megtörténjen, minél hosszabb életet, minél jobb életminőségben éljenek meg.

Az „Alapkezelő” szervezet felelőssége a **forrásteremtési és forrásallokációs feladatok** között az összehangolás, működőképes modell kialakítása és fenntartása, azaz:

- **a bevételi ágon** a szolidaritási elv alapján a szükséges források összegyűjtésének elérése a vertikális méltányosság elvét követve: a magasabb jövedelműek arányosan magasabb közteherviselésre kötelezettek (ez lehet lineáris, de akár progresszív adóztatás eredménye);
- **a kiadási ágon:**
 - a horizontális méltányosság elvét követve az azonos betegségben szenvedő lakosok/ biztosítottak számára azonos színvonalú és tartalmú egészségügyi ellátást kell biztosítani,
 - a nagyobb egészségnyereséget biztosító költséghatékonyabb ellátások preferálása ugyanazon ellátási feladatokra,
 - a pénzügyi egyensúlyhoz a kiadások féken tartása, a pénzügyi lehetőségek határán belül maradást szolgáló költségkorlátozást, miközben
 - a méltányosság azon elvének érvényesítése miszerint minden, az egészségbiztosítási csomagba bevont betegségre legalább egy hatásos terápiához való hozzáférés megvalósuljon, még akkor is, ha ezek költsége meghaladja más megbetegedések kezelésének költségigényét.

Az egészségügyi ellátás, vagy más nézőpontból az egészségügyi szolgáltatások „vásárlása” során sajátos hatások érvényesülnek mind a keresleti, mind a kínálati oldal alakulásában. Ezért kutatni, elemezni, alkalmazni kell azon egészségügyi technológiákat, finanszírozási módszereket, ellenőrzési eljárásokat, egészségügyi szervezési megoldásokat, indikátorokat, amelyek eredményesebb ellátáshoz vezetnek mind az elérhető egészségbiztosítási csomag tekintetében, mind pedig az egyes betegek gyógyításában. A Finanszírozó „szolgáltatásvásárlói felelőssége” ezekre a funkcionalitásokra is kiterjed.

Egyik egészségügyi vagy egészségbiztosítási rendszer sem hibátlan, egyik sem mutat tökéletes mintát, példát egy lehetséges jövőbeli magyar állapot kijelöléséhez. Végül is kimondhatjuk, hogy a magyar egészségügyi ellátás jelen problémáinak megoldását, a jövőbeli feladatokra a megfelelő felkészülést nem részizagságok útján indított változások sorozatával, más országok modelljére való hivatkozással adhatjuk meg, hanem inkább azzal, hogy tisztázzuk az egészségügyi ellátás közfinanszírozásával szembeni elvárásokat, a hosszabb távon várható társadalmi szükségletekre, lakossági igényre és egyetértésre alapozva.

A modellválasztás nem a fő cél, hanem eszköz egy olyan közfinanszírozási rendszer felépítésében és fejlesztésében, amely a közösségi egészségügyi ellátási igények legjobb, legbiztonságosabb, legeredményesebb teljesítését hozza az egészségi állapot javítása céljából a biztosítottak érdekében.

A világ országaiban **a szolidaritási elven működő közfinanszírozott egészségbiztosítás a leggyakrabban alkalmazott szervezeti megoldás** (WHO, 2000) arra, hogy az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására szolgáló forrásokat kezeljék, azaz összegyűjtsék a szükséges forrásokat, valamint az egészségügyi ellátási igényeknek megfelelően azokat megfelelő finanszírozási módszerek és eljárások alapján allokálják - a biztosítási rendszer jogosultjai képviseletében - az egészségügyi szolgáltatások, az egészségügyi szolgáltatók között.

1.6. A magyar egészségbiztosítási modell napjainkban

A magyar egészségbiztosítás alapjait fogalmazza meg a Társadalombiztosítás jogállásáról szóló törvény preambuluma (2019. évi CXXII. tv., Tbj.): *„A törvény célja, hogy az egyéni felelősség és a társadalmi szolidaritás elveinek megfelelően szabályozza a társadalombiztosítás keretében létrejövő jogviszonyokat, meghatározza a foglalkoztatók és a biztosítottak biztosítási jogviszonnyal kapcsolatos kötelezettségeit, a biztosítottaknak a társadalombiztosítás rendszerében való részvételi kötelezettségét, a foglalkoztatók és a biztosítottak fizetési kötelezettségét és ennek a közteherviselésnek megfelelő teljesítését, valamint a társadalombiztosítási ellátások körét. Az Országgyűlés ennek érdekében a következő törvényt alkotja.”*

Magyarország a rendszerváltást követően - jelentős vívmányként - elsőként hozta létre az egészségbiztosítás önálló, egységes rendszerét (60/1991. évi OGY határozat alapján), és ezzel biztosította, hogy a biztosítási rendszer fejlődése egy egységes, normatív rendszer felé irányuljon, amelyben a megvalósítás eszköztárában az ügyviteli feladatok egyszerű, bürokráciacsökkentő megoldásához az informatika adott lehetőséget. 1993-2016. között az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), 2017-től pedig a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) a társadalombiztosítás szervezeteként országos szinten egységes elvek, értékek, eljárások alapján a biztosítottak/jogosultak részére egészségügyi szolgáltatásokat vásárló szervezet, amely fő feladatként:

- Kezeli a kötelező egészségbiztosításra az éves költségvetési törvények LXXII. Egészségbiztosítási Alap fejezetében elkülönített forrásokat, annak érdekében, hogy a pénzügyi egyensúly megmaradjon, ne keletkezzen hiány a tervezett kifizetésekhez

képest, valamint ne következzen be jelentős ellátási feszültség a szolgáltatások finanszírozása során se országosan, se az egyes területeken.

- Elvégzi az egészségügyi szolgáltatók részére egységes informatikai rendszerben az ellátott beteg részére nyújtott szolgáltatások, gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök díjának elszámolásával, kifizetésével, ellenőrzésével, nyilvántartásával kapcsolatos feladatokat az egységes, normatív elszámolási szabályok szerint, ideértve a külföldön magyar jogosultak részére valamint belföldön külföldiek részére végzett ellátásokkal kapcsolatos biztosítók közötti nemzetközi elszámolásokat is, betartva az EU jogszabályok és direktívák előírásait.
- Nyilvántartja a biztosítottakat, ideértve a külföldiek Magyarországon történő ellátásához megkötött, egyezményen alapuló jogosultsági viszonyokat.
- Folyamatos értékeléssel biztosítja azt is, hogy a kötelező és országosan egységes biztosítási csomag az alapvető természetbeni ellátások tekintetében a leghatékonyabb egészségügyi ellátásokra terjedjen ki, dinamikusan változzon az új technológiák, az elérhető egészségnyereség figyelembe vételével, a biztosítottak számára egységes elvek alapján a hozzáférés azonos esélyét biztosítva függetlenül a biztosítotti viszonyról rendelkezők társadalmi helyzetére, lakhelyére – horizontális méltányosság elvét követve.

A NEAK által elvégzett szolgáltatásvásárlási feladat évi mintegy 150 millió elszámolási tranzakciót igényel, amelyet egy egységes, normatív informatikai eljárásban végez el.

1.7. A Nemzeti Egészségbiztosító stratégiai szolgáltatásvásárlásának koncepciója és aktuális javaslata

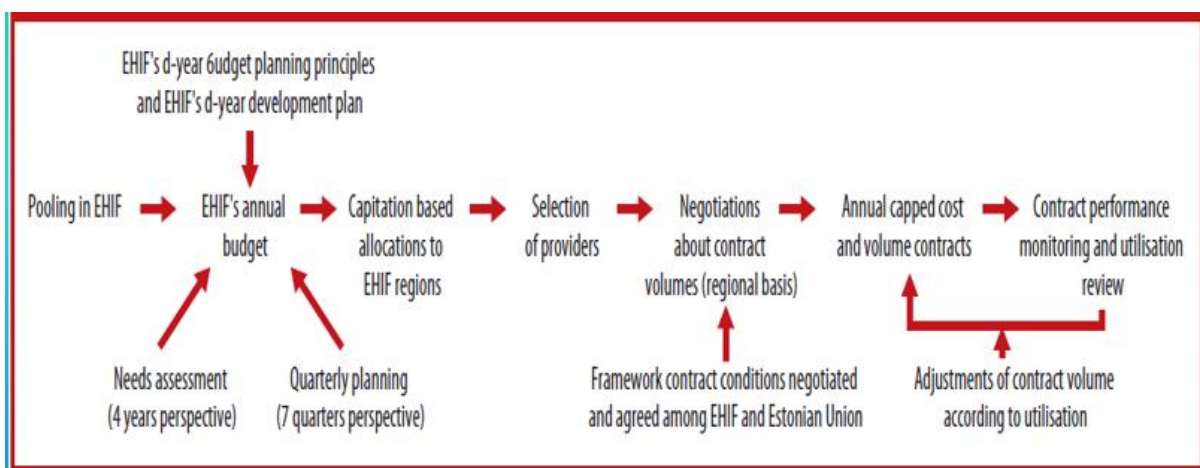
1.7.1. A biztosítói szolgáltatásvásárlás elméleti háttere – nemzetközi tapasztalatai

A tudatos stratégia szolgáltatásvásárlás (STR SZV) koncepciója és intézményrendszere legalább két évtizedre nyúlik vissza Európában, és igen népszerű egészségpolitikai ideává és módszertanná vált, megfelelő WHO ajánlások mellett, mint az egészségügyi ellátórendszer hatékonyság javításának egyik eszköze (*Purchasing to Improve Health System Performance*- koncepciója mentén) (WHO, 2000, Figueras, 2005, Busse, 2007). Az egészségügyi ellátások, szolgáltatások, új eljárások, technológiák stratégiai beszerzése évtizedek óta népszerű politikai elképzelés világszerte, amely fő céljai, hogy javíthatja a minőséget, a betegek elégedettségét, a hatékonyságot, az elszámoltathatóságot, sőt, a lakosság egészségét is.

A biztosítói szolgáltatásvásárlás erősítése a EU Health Observatory 2007 májusi konferenciájának kiemelt témaköre volt (Evetovits, 2007). Az Observatory vezető szakemberei több publikációban is bemutatták ennek a szervezeti modellnek és egészségpolitikai iránynak a céljait, várható eredményeit, a megvalósítás javasolt ütemét és módszereit (Figueras, 2005, Thompson, 2009). Az észt egészségbiztosítás 2000-es években indult reformja során is kiemelt szerepet kapott a STR SZV, ennek főbb lépéseit a 1.5. ábra szemlélteti: az allokációt, a tervezést, a szolgáltatási kapacitások kiválasztását és lekötését, a finanszírozást és a teljesítmények monitorozását.

A hazai stratégiai elképzelések és fejlesztések kidolgozása során az észt szolgáltatásvásárlás intézményi rendszere szolgált egyik mintául, mint nemzetközi jó gyakorlat. (*International best practice: the process of strategic purchasing role of the Estonian Health Insurance Fund (EHIF – Tervisekasse)*) (Habicht, 2006).

1.5. ábra A stratégiai szolgáltatásvásárlás menete Észtországban (2004)



Forrás: Dózsa, 2011, WB jelentés feldolgozása alapján

A PubMed-ben jelenleg elérhető, témakörünk szempontjából releváns tudományos publikációk körében részleges válogatást végeztünk kifejezetten fókuszálta a STR SZV elmúlt évtizedének tapasztalataira és alkalmazási területeire (Mathauer, 2017). A kiválogatott tudományos közlemények egy része megvizsgálja, hogy a korábbi időszakokban bevezetett és széles körben alkalmazott STR SZV milyen eredményekre vezetett a fejlett országokban. A STR SZV szerep hatékonyságát vizsgálták meg 10 Európai országban a Klasa és munkatársait (Klasa, 2018). A vizsgált témánkban az utóbbi években megjelent tudományos közlemények nagyobb része azonban a feltörekvő, fejlődő (developing) országok esetében vizsgálja meg a STR SZV intézményét, akár systematic review formájában (főként afrikai országokban: Uganda, Nigéria,

Ghána. (*The Experiences of Strategic Purchasing of Healthcare in Nine Middle-Income Countries: A Systematic Qualitative Review*, (Samankuuro, 2023).

A megjelent tudományos közlemények egy jelentős részének további jellemzője, hogy fókuszálnak egy-egy technológiai területre: népegészségügyi programok, védőoltások, képalkotó diagnosztika, vagy a gyógyszerbeszerzések, felhívva a figyelmet ezek összetettségére, a támogató funkciók beszerzésének, valamint az intézményrendszer, humán erőforrás felkészítésének fontosságára is (Soltan-Tajian, 2025). Bastani és kutatótársai szkóping review jellegű tanulmányukban kihangsúlyozzák, hogy a STR SZV intézménye kiemelt szerepet tölt be a fejlődő országokban a korszerű gyógyszerekhez való hozzájárásban, de ennek a tevékenységnek a fő fókuszában a beszerzési ár és a finanszírozás áll. Miközben nagyobb fókuszra kéne kapjon a lakosság valódi szükséglete és igénye, a gyógyszerek hatékonysága és minősége (Bastani, 2019). Számos tanulmány született a COVID-19 járvány idején is megvizsgálva a Stratégiai szolgáltatásvásárlás (Montas, 2022).

Ebben a tanulmányban a szerzők rámutatnak arra, hogy a stratégiai szolgáltatásvásárlók – a lakossági változó szükségletekhez igazodva – részben sikeres volt a járvány leküzdését szolgáló labor tesztek és védőoltások nagy számának megrendelésében, plusz ICU kapacitások szervezésében, egyéb akut kapacitások azonnali felszabadításában az elektív terápiák és műtétek háttérbe szorításával. Azonban hosszabb távon már nem képesek az ellátói kapacitások (pl. ICU) fejlesztésére hatni. Vannak szkeptikus hangok is a Strategic purchasing kapcsán, melyek kifogásolják az információs asszimetriát a vásárlók és szolgáltatók között, a döntéshozók, közvásárlók részrehajlását egyes technológiák vagy szolgáltatók irányába, ezek következtében pedig a vásárolt (lekötött) kapacitások, volumenek torzulásait. Általában problémának tartják az elméleti alapokkal, célkitűzésekkel szemben a megvalósítás gyengeségét, elégtelenségét, rossz hatékonyságát. Ebből a tanulmányból az derül ki, hogy a meghirdetett elvek és módszerek ellenére több országban hiányzik a következetes megvalósítás. Ezek mind intő jelek lehetnek a hazai program következetes megvalósításában (Greer, 2020).

Hazai szerzők is számos tanulmányban, szakkönyvben javasolták az OEP szolgáltatásvásárlói funkcióinak erősítését, fejlesztését (Greer, 2022, Orosz, 2002, Dózsa, 2006, Dózsa 2008, Orosz, 2010). Utolsó ebben a témakörben írt tanulmányunk az EGSZ biztosítási különszámában jelent meg még 2011-ben (Dózsa, 2011). Idézet a 2011-es tanulmányból „Az európai kötelező egészségbiztosítási rendszerekben a stratégiai szolgáltatás-vásárlásnak nélkülözhetetlen szerepe van”. Az European Observatory vezetőinek véleménye szerint a stratégiai jelzőnek

kiemelt szerepe van (Figueras, 2005, Thomson, 2009), ami ellentéte a tűzoltásnak, az ad-hoc rögtönzéseknek, hirtelen „megoldásoknak”.

A legalább középtávú stratégiai időtávban (3-6 év) való gondolkodás azért is elengedhetetlen, hiszen ebben a szektorban a változások békeidőben nem hirtelenül és váratlanul következnek be (kivéve a rendkívüli járványügyi helyzetet, vagy háborúkat). Társadalmi szinten a demográfiai és epidemiológiai trendek és változások középtávon kimondottan jól elemezhetők és tervezhetők. Az új technológiai és terápiás lehetőségek, még ha időnként megjelennek (*breakthrough*) – áttörés jellegű – technológiák, akkor is legalább 4-5 év, amíg begyűrűznek a (hazai) közfinanszírozásba (pl. robotsebészet, bioszimiláris gyógyszerek, korszerű képalkotó eljárások, ABUS). Az intézményi szektor struktúraváltása, beruházások tervezése, kivitelezése és a nagyobb horderejű gép-műszer fejlesztések megvalósítása szintén több év alatt bonyolíthatók le (lásd EU-s támogatású projektek átfutási idejét 4-5-6 év), amely megfelelő időt hagy az ellátói kapacitások átstrukturálására, költségvetés tervezésére, finanszírozási szabályok módosítására, de akár még a humánerőforrás fejlesztésére is (új képzési szakok indítására, új ellátó személyzet toborzására, át- és továbbképzésekre). Hazai példa erre 2005-2007-es tervezési és 2008-2015-ös megvalósítási időszak során) az EU-s támogatású Operatív programokból (OP) lebonyolított fejlesztések főbb lépései: OP-k tervezése (hazai jóváhagyása), brüsszeli jóváhagyása, hazai pályázati kiírás, pályázat – szerződéskötés, fejlesztési projektek megvalósítása, zárása, elszámolás (belföld és az EU felé is), utólagos kiértékelés.

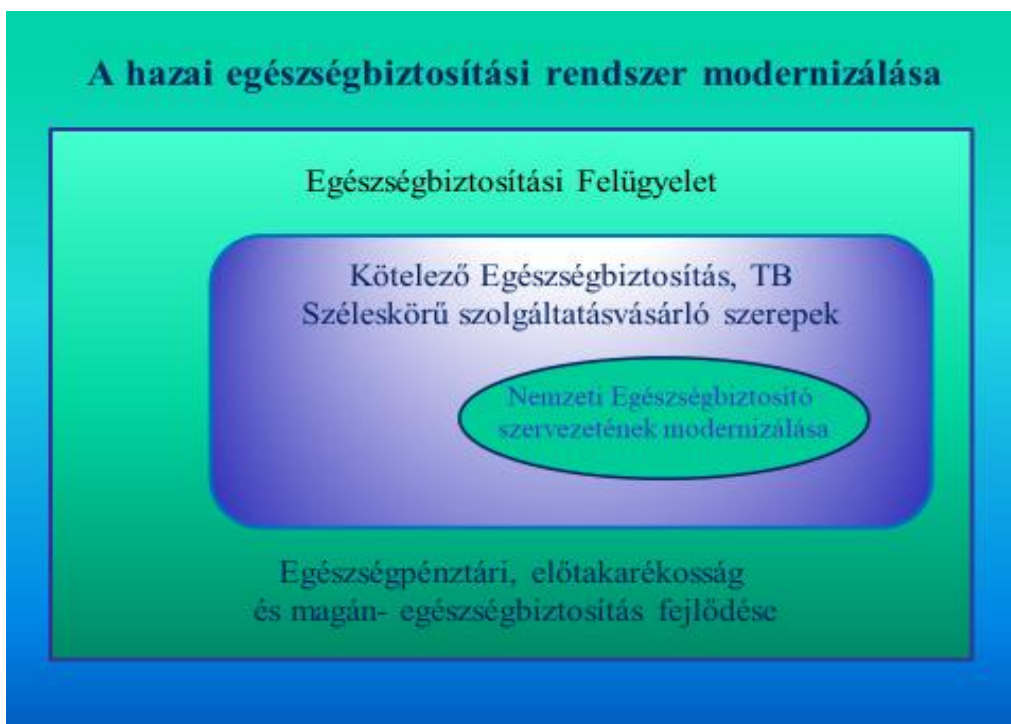
Az elmúlt évek járványainak, háborús helyzeteinek pénzügyi, gazdasági hatásai, az ellátási láncok sérülése sajnálatos módon ennél gyorsabban érvényesülnek, emiatt a STR SZV rendszerét rugalmasabbá, alkalmazkodóbbá és ellenállóbbá (reziliencia) kell tenni (pl. puffer ellátói kapacitásokkal, gyógyszer és anyag készletekkel, valamint pénzügyi tartalékokkal kell rendelkezni). Azonban a trendek általában itt is jól követhetők, a krízis időszakok hatása, a költségvetési megszorítások több évre elhúzódnak, ezzel ellentétben, jobb esztendőkből – a kiadások bővülését eredményező – növekedési pályák is több éven át tartanak. Tehát a közfinanszírozott szolgáltatásokat nem fél-, vagy 1-2 évre kell lekötönni és vásárolni, vagy azok szerkezetét átalakítani, hanem ezek a tevékenységek több évig tartanak és legalább középtávra szólnak (3-6 év).

1.7.2. A biztosítói szolgáltatásvásárlás 2006. évi koncepciója

Az OEP (vagy a mindenkori egészségbiztosító) szolgáltatásvásárlási koncepcióját és módszertani javaslatait a korábbi, 2003-2005 között – stratégiai tervezésben járatos (külsős)

szakemberek által támogatott és kidolgozott OEP szervezeti stratégiai tervezés alapozta meg (előzménynek az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének megerősítéséről szóló terjedelmes tanulmány tekinthető, (Orosz, 2002, Dózsa et.al., 2006). Ennek a proaktív stratégiának a lényege, hogy az új közszolgálati menedzsment elveit és módszereit széles körben magába foglaló megújuló OEP dinamikus, félig üzleti környezetben működve jóval nagyobb önállósággal, de nagyobb felelősséggel és szigorú társadalmi és szakmai kontroll mellett kell, hogy dolgozzon (Peyton, 2009 (Lásd 1.6. ábra).

1.6. ábra A szolgáltatásvásárlás szervezeti és szabályozási keretrendszere

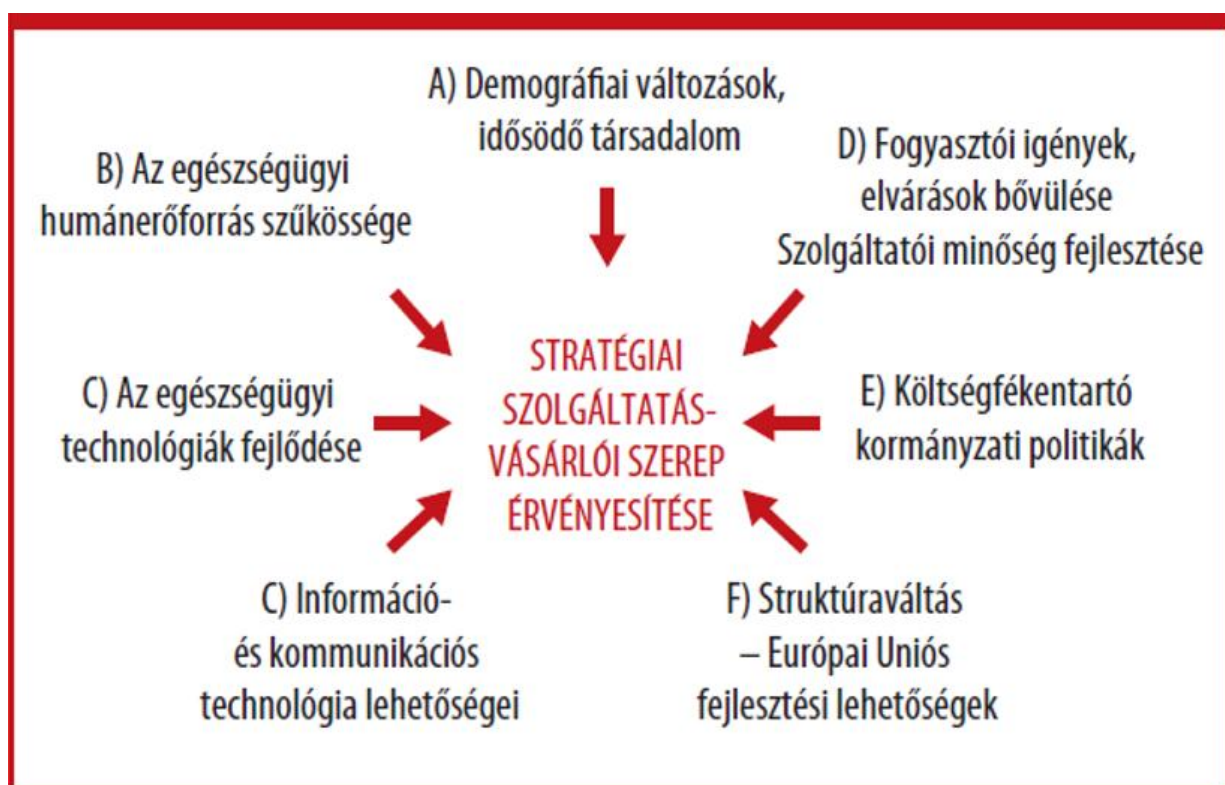


Forrás: Dózsa et. al., 2006.

Az OEP-ben megvalósult 2003-2004-es stratégiai tervezés során egy modernizálódó egészségbiztosító számára több szintű küldetés került megfogalmazásra, valamint számos szervezeti modernizációs szabályozási és intézkedési javaslat is. Ebből a stratégiai elemzésből kiemelhetjük az **OEP küldetését, mint egészségbiztosító**: „A biztosítottak számára maximális egészségnyereség elérése és az egészségi kockázatok kezelése olyan szolgáltatások nyújtásával és vásárlásával, amelyek lehetővé teszik az egészség megőrzését, helyreállítását, javítását; valamint az átmenetileg vagy tartósan kieső keresetek pótlását (kompenzációját), a munkába való visszatérés elősegítését.” Mint **Szolgáltatásvásárló küldetése**: „A rendelkezésre álló források hatékony felhasználásával azonos – a lehető legmagasabb – színvonalú, hatásos egészségügyi ellátás biztosítása a szolidaritás és esélyegyenlőség figyelembe vételével.”

A 2011-es későbbi tanulmányunkban meghatározott terminológiára és elemzési szempontokra építve (Dózsa, 2011) jelen írásunkban megvizsgáljuk a STR SZV rendszer aktualitását a jelenlegi gazdasági és szabályozási környezetben. A korábbi tanulmányban már bemutatott ábrában kiemelt mozgatórugók (driverok) érvényességét még 2026-ban sem lehet megkérdőjelezni (1.7 ábra). Sőt a C) pontban foglalt egészségügyi technológiai és azon belül infokommunikációs technológiák fejlődése által megkövetelt dinamikus szolgáltatásvásárlásra még nagyobb szükség mutatkozik.

1.7. ábra A stratégiai szolgáltatásvásárlás mozgatórugói a 2011-es tanulmány alapján



Forrás: Dózsa, 2011., EGSZ

Szakmai véleményünk szerint a hazai egészségbiztosítási rendszer modernizációja a hazai egészségügyi igazgatás megreformálásának egyik kulcsfontosságú eszköze, pillére kell legyen. Ez jelenti a forrásteremtés hatékonyságának növelését, a jogosultsági viszonyok tisztázását, a társadalombiztosítási alapsomag egyértelmű lehatárolását, az allokációs hatékonyság javítását, a szolgáltatásvásárlás jellegének erősítését. A stratégiai szolgáltatásvásárlói szerep kialakítása tekintettel a környezeti hatások összetettségére és az egészségbiztosítási rendszerrel szembeni kihívásokra nélkülözhetetlennek tekinthető Magyarországon is. Ennek főszereplője törvényi kötelezettségeinél, szervezeti felépítése és információs rendszere alapján az OEP/NEAK lehet. Az egészségbiztosító ugyanakkor igényli a támogató egészségpolitikai programokat, a hazai

módszertani megalapozó háttérintézeti és akár tudományos kutatói bázist (egészség-gazdasági, egészségpolitikai és orvostudományi képzést folytató egyetemek).

1.7.3. A biztosítói szolgáltatásvásárlás jelenleg javasolt modellje

A tanulmány záró fejezetében főként a Konszenzus az Egészségért Kör 2021-2022-ben kidolgozott Szakértői vitaanyagának 3. fejezetét dolgozzuk fel (23), melynek címe: **A nemzeti egészségbiztosító szolgáltatásvásárlói funkciójának fejlesztése**. Ennek a szakértői munkának a keretében fogalmazódott meg az az állásfoglalás, hogyha újat akarunk létrehozni, akkor véleményünk szerint új intézményi elnevezésre lesz szükség, javaslatunk szerint: **Nemzeti Egészségbiztosító (NEB)**. A korábbi Pénztár és Alapkezelő szavak az elmúlt évtizedekben az OEP és a NEAK működését gyakorlatilag egy kifizetőhellyé degradálták le, az intézményt és apparátust csupán a pénzügyi manőverekért, kifizetésekért felelős szervezetként kezelték. Évente a GDP 3-4%-ának (az államháztartási kiadások nagyjából 10%-ának!) kezeléséért felelős szervezetet magasabb szinten javasolt beágyazni a hazai jogrendbe, szakember állományának a tudását, felelősségét „komolyabban” venni, és folyamatosan fejleszteni. (Dózsa, 2011, KEKSZ, 2022) Egy feladataiban és főleg erőforrásaiban, valamint törvényi mozgásterében újrainstallált a modern közszolgálati menedzsment elveit és eszközrendszerét felhasználva a NEB megnövelt önállósága lehet a garancia a közforrásokkal való átlátható gazdálkodásra – felügyelőbizottsági kontroll mellett.

Meggyőződésünk, hogy a **NEB szolgáltatásvásárlásának intézménye** az egyik pillére egy nélkülözhetetlen egészségügyi ágazati irányítási és finanszírozói reformcsomagnak, valamint a **közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer fejlesztésének és működés korszerűsítésének**. A **proaktív – stratégiai szolgáltatásvásárlói szerep lényege**, hogy az **egészségbiztosító nem csak passzív kifizetője a számláknak**, a felmerült **egészségügyi ellátási költségeknek**, hanem utána megy a problémáknak, a lakosság, betegek által kifejezett, érzett (felt need) és elfedett (unmet need) szükségleteknek is, az ellátási hiányoknak, megvizsgálja az ellátási láncokban a szűk keresztmetszeteket (pl. diagnosztika, vagy műtői kapacitások). Leginkább ezek azok a területek, ahol a stratégiai tervezést követően célzottan be lehet avatkozni a szolgáltatások fejlesztésébe, kapacitások lekötésébe és finanszírozásába – az ellátások gördülékenysége érdekében, az ellátási hiányok megszüntetése végett. Az Egészségbiztosító feladata más megfogalmazásban a lakosság egészségi állapotát költség-hatékonyan javító szolgáltatások reálértékű és fenntartható finanszírozása.

A NEB tudatosan keresi azokat az innovatív ellátási és szolgáltatási megoldásokat, ahol az ellátások inkrementálisan hatékonyabbá és magasabb minőségűvé tehetők. A szolgáltatásvásárlói funkciót országosan és regionális szinten célszerű kialakítani az adott ellátási forma összetettségének, progresszivitásának megfelelően, melynek feladata a lakossági szükségleteknek megfelelő egészségügyi szolgáltatások minőségének folyamatos értékelése is. A szolgáltatásvásárló a leggyakoribb betegségek ellátására kidolgozott, az aktuális tudományos bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek, az ellátotti kör összetétele és a valós költségek alapján határozza meg a finanszírozás mértékét (KEKSZ, 2022).

A **szektorsemlegesség elvét** követve minden ellátótól – a NEB-től független külső intézet által mért – ugyanazon **teljesítmény és minőségi indikátorok teljesítését kell elvárni**. Ha egy ellátás nyújtását egy térségben egyetlen közfinanszírozott szereplő sem képes reális időn belül, az elvárt minőségben nyújtani, azonos térítési szinten minősített magán egészségügyi szolgáltatók is bevonhatók a teljesítésbe. A betegeknek időben meg kell kapniuk a magas minőségű ellátást, úgyhogy a rövid, mind a hosszú távú egészségnyereség maximalizálható legyen.

1.8. ábra A stratégiai szolgáltatásvásárlás fő ütemei



Forrás: Dózsa, 2011.

A STR SZV kiindulási pontja a kormányzati – miniszteriális szinten, (vagy egy újonnan felállított Egészségügyi tanács által) kidolgozott legalább középtávú egészségpolitikai program

(Program) megfelelően világos prioritásokkal, célokkal és hozzárendelt költségvetési forrásokkal. A NEB által működtetett STR SZV ennek a Programnak a legfontosabb megvalósítója, melynek főbb lépései az alábbiak (1.8. ábra).

1. Szakmapolitikai programozás, prioritás képzés.
2. Szükséglet-elemzés, ellátói hiányok, szűk keresztmetszetek feltárása, kapacitások és költségvetés tervezése, tenderek előkészítése;
3. Pályáztatás – programok meghirdetése, szolgáltatók kiválasztása, ellátási kapacitások lekötése, szolgáltatási kvóták meghatározása
4. Megvalósítás: szolgáltatásnyújtás és finanszírozás.
5. Monitorozás és ellenőrzés, majd kiértékelés. Végül visszacsatolás a prioritásképzést végző szakpolitikai és szolgáltatásvásárlást tervező szervezetek, bizottságok, szakértői teamek részére.

A szolgáltatásvásárlás intézményi és szabályozási környezete (KEKSZ, 2022):

- a. Evidencia-alapú egészségpolitikai prioritásképzés az érintett szakemberek, lakosság- és betegcsoportok, valamint civil szervezetek bevonásával. Megfontolandó, hogy ennek színtere a Nemzeti Egészségügyi Tanács (NET) újbóli létrehozása.
- b. Szolgáltatásvásárlói szerepek és felelősségi körök ellátási szintenkénti és térségi meghatározása és működtetése (ország - régió - megye - város - praxisközösség).
- c. Az ellátás iránti szükségletek és az elérhető technológiák rendszeres felülvizsgálata alapján a kapacitások és vásárolt kvóták (volumenek) időszakos újratervezése.
- d. A közvásárló (finanszírozó) az egészségügyi szolgáltatások kapacitás-lekötése és -vásárlása során figyelembe veszi a hatékonysági, fenntarthatósági és minőségi szempontokat. (Az ehhez szükséges adatokat erre a célra létrehozott, a finanszírozótól független intézménynek kellene szolgáltatnia (pl. Ágazati Információs és Kommunikációs központ).
- e. Egészségügyi technológia-értékelésen (HTA) és sok szempontú döntéshozáson (MCDA) alapulva befogadáspolitikai működtetése az EUnet HTA (<https://tools.eunetha.be>) ajánlásait figyelembe véve és fejlesztve tág értelemben véve az egészségügyi technológiákat (gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, diagnosztikák, orvosi terápiák, műtétek, rehabilitációs és egészségfejlesztési eljárások) (Kaló, 2010, Dózsa, 2025).

Továbbá az elavult technológiák kizárási elvének (delistázásának) kialakítása, HTA-ra alapozva (különös tekintettel az egészségügyben megjelenő diszruptív technológiákra).

- f. A STR SZV-t támogató olyan informatikai rendszer létrehozása, mely szektorsemlegesen képes az egyes szolgáltatók valós teljesítményének, minőségügyi mutatóinak és utalványozási gyakorlatának nyomon követésére. (Lásd KEKSZ 4. és 10. fejezeteit!)
- g. A működési adatok kiértékelésére független szakmai grémiumok létrehozása és transzparens, mind a lakosság, mind a szakma számára értelmezhető módon történő működtetése. Ezek paritásos összetétele garantálja a szakmai és az ellátotti szempontok érvényre jutását.
- h. A NEB részéről éves beszámoló készítése a Parlament szakbizottsága felé az adott évi intézkedésekről, korábbi évek szolgáltatásvásárlásainak eredményeiről, ezzel együtt éves riport kiadása az elvégzett munkákról, előrehaladásról.

A szolgáltatásvásárlás feltételrendszere és sikertényezői (KEKSZ, 2020):

- ✓ Kormányzati vagy miniszteriális szintű egészségpolitikai prioritásképzés, legalább 4 éves időtávra: támogató szakpolitikai környezet;
- ✓ A Nemzeti Népegészségügyi Központ és a Népegészségügyi Kutatóhelyek hálózatának aktív epidemiológiai munkája, egészségszükséglet elemzések;
- ✓ Jogszabályban, akár törvényi szinten szabályozott mozgástér a Nemzeti Egészségbiztosító számára: döntési kompetencia és éves (akár éven túli) költségvetési keretek;
- ✓ A NEB szervezetfejlesztése, adatbázisfejlesztések, működési költségvetésének emelése (az Egészségbiztosító felkészítése a feladatra, költségvetési mozgásterének bővítése, jelentős (40-50 fős) létszámfejlesztés a központban és a regionális irodákban is, képzett és elhivatott szakembergárda toborzása);
- ✓ Dinamikusan fejlődő egészségügyi szolgáltató szektor, új egészségügyi technológiák és terápiák megjelenése;
- ✓ Az egészségbiztosítási alapsomag meghatározása a Bizonyítékokon alapuló gyógyítás és egészségügyi technológia elemzés eszköztárának felhasználásával
- ✓ A minőségi és hatékonyság alapú szelektív vásárlás monitoring és indikátor-rendszerének fejlesztése, pályázati rendszer létrehozása a hozzáférési esélyek kiegyenlítése;

- ✓ Szolgáltatói ösztönzők és finanszírozási technikák fejlesztése és rugalmas alkalmazása a fenti céloknak megfelelően (fix és teljesítményalapú, kötegelt technikák alkalmazása)
- ✓ Szisztematikus költségadatgyűjtés és rendszeres díjtétel karbantartás (HBCs, német pontrendszer, fejkvóta és egyéb díjak, szorzók felülvizsgálata)
- ✓ Külső szervezet vagy szervezetek által működtetett teljesítmény- és minőségi indikátorrendszer létrehozása (pld. egy magyar NICE létrehozása);
- ✓ Képzés és kommunikáció, a rendszer irányításában és a szolgáltatók menedzsmentjének széles körű oktatása, képzése a bizonyítékokon alapuló szolgáltatásásvásrlás lényegéről, módszereiről;

1.7.4. Konklúzió – döntési pontok

A stratégiai szolgáltatásásvásrlás kialakítása és működtetése kapcsán számos kérdéskör merül fel, melyeket a szabályozásnál és a politikai döntéshozásnál tisztázni kell.

- Mi motiválhatja az államigazgatási szerveket a magasabb szintű és hatékonyabb munkára? (Jó Állam – Szolgáltató Állam koncepciója)
- Mekkora autonómiával tudja végezni a NEB a szolgáltatásásvásrlás feladatát?
- Hogyan gyakorolható társadalmi felügyelet? (NEB Felügyelő bizottsága, vagy Egészségügyi Tanács révén)
- Mekkora éves költségvetési keretre (vagy az Egészségbiztosítási Alap %-ára) van szükség a program indítására majd éves fenntartására?
- Éves összefoglaló jelentés készítése és éves beszámoló bemutatása a parlament szakbizottsága számára.

A döntéseket a **szubszidiaritás elve** alapján, az optimális **méret- és választék-gazdaságossági szintet** figyelembe véve javasolt meghozni, felszámolva a túlzott centralizációból adódó hibás döntési struktúrákat és fenntartható méretű és kihasználtságú szolgáltatási egységeket célszerű közpénzekből finanszírozni. Az egészségügyi szolgáltatásokat **területileg és ellátási szintenként hierarchikusan célszerű megszervezni**. Az ellátási régiókn belül tulajdonformától függetlenül az összes szolgáltató kapacitását össze kell hangolni, hogy a betegutakat egyértelműen meg lehessen tervezni. Az ellátási folyamatban a pácienseket egy átlátható, teljesítmény mutatókkal, indikátorokkal támogatott **betegút-szervező rendszernek** kell segítenie. Ez nagyban javítaná a lakosság elégedettségét, az egész egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát.

1.9. Kontrollkérdések

- Hogyan definiálná a vertikális és horizontális méltányosság fogalmát?
- Hogyan lehet definiálni és lehatárolni a kötelező egészségbiztosítási (alap)csomagot?
- Miben nyilvánul meg a szolidaritás a kötelező egészségbiztosítás rendszerében?
- Miben nyilvánul meg a verseny a kötelező egészségbiztosítási rendszerében?
- Milyen piaci kudarcok jelennek meg a magán-egészségbiztosítás rendszerében?
- Mit jelent a kockázati szelekció és a kockázatkiegyenlítés mechanizmusa?
- Mi jellemzi a hazai egészségbiztosítási rendszert?
- Melyek a szolgáltatásvásárlás legfontosabb pillérei és feltételei?
- Melyek a szolgáltatásvásárlás működtetésének főbb lépései?

1.10. Kulcsszavak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
Basic (insurance or healthcare) Package	Biztosítási (egészségügyi) alapsomag
Supplementary / Complementary Health Insurances	Kiegészítő egészségbiztosítások amíg TB finanszírozásba nem került egészségügyi technológiák terápiákra, vagy a TB finanszírozott csomagban támogatott gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök térítési díjának fedezésére
National Health Service	Nemzeti Egészségügyi Szolgálat, állampolgári jogon járó egészségügyi rendszer, brit mintára jött létre 1948-tól, mely utána széles körben terjedt el Európa országaiban, Skandináviában, Dél-Európai országokban
QALY (Quality Adjusted Life Years)	minőségben megmentett életév, WHO által kidolgoztatott mérési módszertan
Opt out	TB-ből való kilépés lehetősége elsősorban a magas jövedelműek számára adott törvényi lehetőség Németországban, mely a törvényes egészségbiztosításból (Gesetzliche Krankenversicherung – GKV) való kilépést jelenti, hogy az ember magánbiztosítóhoz (Private Krankenversicherung – PKV) szerződjön
Solidarity	Szolidaritás, generációk között, aktívak és inaktívak között, egészségesek és betegek között

Equity	Esélyegyenlőség, hozzáférés, méltányosság
Vertical equity	Vertikális méltányosság
Horizontal equity	Horizontális méltányosság
Allocation of Resources	(közösségi) források allokációja, elosztása térségek között, társadalmi csoportok között, különböző egészségügyi ellátási formák, terápiák között
Out-of Pocket Payment (OOP), Co-payment	lakosság, biztosítottak, igénybevevők által fizetett térítési díja, zsebből történő készpénzes fizetés az egészségügyi szolgáltatásokért
Risk pool	kockázatközösség (társadalom, ország, vagy kisebb területi egység lakosságának közös teherviselése és kockázatvállalása)
Risk adjustment	kockázat kiegyenlítés, a begyűjtött közösségi források újraosztása kockázati alapon: a hátrányosabb helyzetű, alacsonyabb jövedelmű területek, vagy több súlyos, krónikus beteget lefedő területek arány felett részesednek támogatásból, mely a gazdagabb térségek számára elvonást jelent
Risk equalization	kockázat kiigazítás, A holland kockázatkiegyenlítő rendszer, amelyet 1993-ban vezettek be, egy kifinomult, államilag működtetett mechanizmus, amelynek célja, hogy megakadályozza a biztosítók általi „kockázatkiválasztást” egy kötelező, versenyképes piacon. A rendszer a tagok kockázati tényezői (életkor, egészségi állapot, jövedelem) alapján osztja újra a forrásokat a biztosítóknak, hogy kompenzálja a krónikusan beteg vagy idős betegekkel kapcsolatos magasabb költségeket
Pay-as-you go	Felosztó kirovó vagy várományfedezeti rendszer, a felosztó-kirovó (újraelosztó) rendszer lényege, hogy az éppen aktív korú munkavállalók és foglalkoztatók által befizetett járulékokból fedezik az adott időszakban (pl. a folyó hónapban, évben) jelentkező egészségügyi ellátási költségeket, nincs előtakarékosság, váromány vagy tőkefedezet. A hazai Egészségbiztosítási Alap ilyen módon működik, bevételeit azonnal felhasználja az egészségügyi

	szolgáltatások vásárlására, termékek támogatására, pénzbeli kötelezettségek teljesítésére. Közzolgálati Online Lexikon
Funded (health insurance)	Tőkefedezeti rendszer, a biztosítottak befizetéseit egyéni számlákon gyűjtik, befektetik, és az így felhalmozott tőkéből, valamint annak hozamaiból fedezik a jövőbeni egészségügyi kiadásokat. Jellemzők: Egyéni felelősségen alapul. Független a demográfiai változásoktól. Hosszú távon fenntarthatóbb lehet, de kitett a pénzpiaci kockázatoknak. Alkalmazása: Jellemzően magán-egészségbiztosításoknál, kiegészítő önkéntes biztosításoknál vagy egészségpénztári megtakarításoknál alkalmazzák. Közzolgálati Online Lexikon
UHC	Universal Health Coverage (WHO definíció) Az egyetemes egészségügyi ellátást jelenti, beleértve a pénzügyi kockázatok elleni védelmet és a minőségi alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, valamint a biztonságos, hatékony és megfizethető alapvető gyógyszereket és oltásokat mindenki számára
SHI	Social Health Insurance - Kötelező társadalombiztosítás – kötelező egészségbiztosítás, a társadalombiztosítás (TB) egyik fő alkotóeleme
VHI	Voluntary Health Insurance – Magánbiztosítás, lehet helyettesítő vagy kiegészítő
Willingness to Pay	fizetési hajlandóság
Versengő több-biztosítás rendszer	Lehet magán és társadalombiztosítás is. A potenciális biztosítottak általában évente egyszer válhatnak biztosítót a fizetendő díj és a szolgáltatási tartalom szerint.
Selective contracting	egészségügyi szolgáltatók közötti szelektív szerződéskötés: egy közvásárló versenyhelyzetet teremt a potenciális egészségügyi a szolgáltatók között

1.11. Ábrajegyzék

1.1. ábra Egészség, mint a gazdasági fejlődés kulcsfontosságú tényezője..... 3

1.12. Hivatkozások

- Bondár É. (2011) **Mit oldhat meg az ápolásbiztosítás.** In Biztosítás Az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 49. évf. 4. szám. 37-48. old.
- Bastani P., Ghanbarzadegan A., Vatankhah S., Samadbeik M. (2019) **Components Affecting Pharmaceutical Strategic Purchasing: A Scoping Review.** Health Service Insight, Vol. 12., 1-11. old. DOI: 10.1177/1178632919837629
- Busse R, Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. (2007) **Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends.** Healthc Pap. Vol. 8 (Spec No), 62-76. old.
- Collins T., Akselrod S., Atun F., et.al. (2023) Converging global health agendas and universal health coverage: financing whole-of-government action through UHC+ Lancet Global Health. Vol 11(12): e1978–e1985. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00489-8
- Dózsa, Cs., Dérer, I., Takács, E., Bodnár, V. (2006a). **Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése: 1. [r.], A működés korszerűsítésének lehetőségei.** *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 5(4): 5-21. 17 old.
- Dózsa, Cs., Dérer, I., Boncz, I., Takács, E. (2006b). **Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése, mint a magyar egészségügyi rendszer reformjának egyik fontos eszköze: 2. r.** *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 5(8): 5-16. 12 old.
- Dózsa, Cs. (2008) **2006–2007-es évek az egészségügyben: Reformtervek és programok kavalkádja.** In Sándor P., Tolnai Á., Vass L., Eds. Magyarország Politikai Évkönyve 2007-ről. Kossuth. Budapest, 2008., 889-914. old.
- Dózsa Cs. (2011) **OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése.** In Biztosítás Az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 49. évf. 4. szám. 14-19. old.
- Dózsa Cs. (2025) **(Nem-gyógyszeres) Egészségügyi technológiabefogadás eljárásrendjének felülvizsgálata és fejlesztési javaslatok.** Előadás. META konferencia, 2025. október 13. Budapest.
- Evetovits T. (2007) **Moving from a passive provider payment to a strategic purchasing in the context of a DRG payment system.** Előadásanyag. Bled. Szlovénia.
- Evetovits T. (2025) **WHO programja a Katasztrófális egészségügyi kiadások elkerülésére.** Előadás. IME Egészségpolitikai és Egészségügyi rendszerek konferencia.
- Ferge Zsuzsa (1996) **A generációk közti és a társadalmi szolidaritásról. Civil szervezetek állásfoglalása.** Esély, 4., 53-61. old.
- Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (2005) **Purchasing To Improve Health Systems Performance.** European Observatory of Health Systems and Policies. McGraw-Hill Education.
- **Fraternité jelentés a társadalombiztosításról.** Könyv. Nyitott társadalom alapítvány 1991.

- Gervai N. (2011) **A kötelező egészségbiztosítás szolgáltatási csomagja alakításának problémái.** In Biztosítás Az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 49. évf. 4. szám.
- Gaál P., Sinkó E. (2007) **Új egészségbiztosítási modell?** IME VI. évf. 8. sz., 5-12. old.
- Greer S., Klasa K., Van Ginneken E. (2020) **Power and Purchasing: Why Strategic Purchasing Fails.** The Milbank Quarterly, Vol. 98, No. 3., 975-1020 old.
- Grossman M. (1972) **The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation.** NBER Volume ISBN: 0-87014-248-8
- Habicht T., Aaviksoo A., Koppel A. (2006) – **Estonian Master Planning. Hospital Sector Reform in Estonia – Summary.** Tallinn PRAXIS Center for Policy Studies.
- Kaló Z., Inotai A., Lukovics M., Nagyjánosi L. (2010.) **Egészségügyi technológiák gazdasági elemzése. I. Az egészségügy piacának, finanszírozásának és beruházásaink gazdasági elemzése. II. Egészség-gazdasági füzetek.** ELTE. 2010.
- KEKSZ (2022) **A nemzeti egészségbiztosító szolgáltatásvásárlói funkciójának fejlesztése** In Alapvetések a magyar egészségügyi fejlesztéséhez. Vitaanyag. Konszenzus az Egészségért Kör Szakértői vitaanyaga.
- Kincses Gy. (2011) **Mire szerveződik, azaz milyen kockázatokat fed le a kötelező egészségbiztosítás? – Szempontok az újragondoláshoz I. - II. rész.** IME X. évf. 8. sz., 19-24. old.
- Klasa K., Greer S.L., Ginneken E. (2018) **Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries.** Health Policy, Vol. 122. 457-472. old.
- Kleef R.C., Van Vliet R.C.J., Van de Ven W.P.M.M. (2013) **Risk equalization in The Netherlands: an empirical evaluation.** Expert Review Pharmacoeconomics and Outcomes Research, Vol 13(6), 829-39. old., doi: 10.1586/14737167.2013.842127.
- Kornai J., Eggleston K. (2004) **Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában.** Nemzeti Tankönyvkiadó. (ISBN 963195464 1)
- Mathauer I, Dale E, Meessen B (2017) **Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Key Policy Issues and Questions; A Summary From Expert and Practitioners' Discussions.** Geneva, Switzerland: WHO.
- Montas M.C., Klasa K., Ginneken E., Greer S. (2022) **Strategic purchasing and health systems resilience: Lessons from COVID-19 in selected European countries.** Health Policy. Vol. 126., 853-864 old.
- Nagy B., Dózsa Cs. (2005) **Az egészségbiztosítás.** In Egészség-gazdaságtan. Szerk Gulácsi L., Medicina kiadó, 309-347 old.
- Nagy, B., Brandtmüller, Á., Dózsa, Cs. [2009]. **Az állam újraelosztó szerepe Hollandia és Anglia egészségügyi piacán: Mindenki másképp csinálja?** Társadalomkutatás: a Magyar Tudományos Akadémia Gazdaság- és Jogtudományok Osztályának folyóirata, 27(2): 117-138. old.
- Orosz Éva (2002) **Félúton vagy Tévéton. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitikai alternatívái.** ISBN 963-00-6756-0.

- Orosz É. (2010) **A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése.** In Bodrogi József (szerk.) A magyar egészségügy – Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményérték. Semmelweis kiadó.
- Peyton M.M. (2009) **New Public Management in Health Care – its effects and implications.** PhD Dissertation. Aarhus School of Business. Denmark.
- Reinhardt U.E., Johnston J.B. (1989) **Addressing The Health of a Nation: Two Views.** Health Affairs Vol. 8, No. 2.
- Soltan-Tajian A., Jabbari A., Shaarbafchizadeh N. (2025) **A comprehensive review on strategic purchasing of diagnostic imaging services** Journal of Education and Health Promotion, Vol. 14. 1-14. old.
- Sumankuuro J., Griffiths F., Mosam A., et. al. (2023) **The Experiences of Strategic Purchasing of Healthcare in Nine Middle-Income Countries: A Systematic Qualitative Review.** Int J Health Policy Management, Vol 12., 1-21. old.
- Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009) **From passive reimbursement to strategic purchasing of health services. In Financing health care in the European Union.** EU Observatory on Health Systems and Policies Series N 17., 80–87. old.
- Thomson S., Cylus J. Evetovits T. et. al. (2024) **Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: a descriptive analysis of financial protection in 40 countries.** The Lancet Regional Health – Europe, Vol 37, February 2024, 100826
- World Health Organization: (2000) **The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance.** WHO, 2000, 215 p.
- WHO **Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report.** 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240040618>

Jogszabályok:

- Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
- 1891:XIV.tc. Az ipari munkások és gyári alkalmazottaknak betegség esetében való segélyezéséről (hatályos 1892. ápr.1.)
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eü tv.)
- 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről (rég. Tbj.)
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról (MOK, MGYK, MESZK)
- 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről
- 28/2014. (IV. 10.) EMMI rendelet az Egészségügyi Tudományos Tanácsról (ETT)
- 26/2020. (VIII. 4.) EMMI rendelet az egészségügyi szakmai kollégium működéséről (SZK)
- 333/2023. (VII. 20.) Korm. rendelet a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központról (NNGYK)

- 60/1991. (X. 29.) OGY határozat a társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról és a rövid távú feladatokról

Internetes linkek:

- www.neak.gov.hu
- www.ksh.hu
- <https://tools.eunethta.be/>
- <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>

1.13. Melléklet

A Nemzeti Egészségbiztosító (volt OEP) javasolt küldetéseinek egymásra épülő szintjei: mint Egészségbiztosító - kockázatkezelő, mint egészségügyi Szolgáltatásvásárló, mint pénzügyi Alapkezelő, és mint korszerű államigazgatási szervezet.

1.9. ábra Az OEP küldetése több szinten

Az OEP küldetése (2003):

- „A biztosítottak számára **maximális egészségnyereség** elérése és az egészségi kockázatok kezelése olyan szolgáltatások nyújtásával és vásárlásával, amelyek lehetővé teszik az egészség megőrzését, helyreállítását, javítását; valamint az átmenetileg vagy tartósan kieső keresetek pótlását (kompenzációját), a munkába való visszatérés elősegítését. *... Mint egészségbiztosító*
- A rendelkezésre álló **források hatékony felhasználásával azonos – a lehető legmagasabb – színvonalú, hatásos egészségügyi ellátás** biztosítása a **szolidaritás és esélyegyenlőség** figyelembe vételével. *... Mint szolgáltatásvásárló*
- Az OEP – mint az **Egészségbiztosítási Alap kezelője** – az alapkezelési feladatok ellátásán keresztül **egységes, pénzügyileg stabil egészségbiztosítási** rendszert működtet, és aktívan közreműködik a **járulékrendszer, a jogosultsági szabályok** és az egészségügyi rendszer **fejlesztésében a megvalósíthatóság és átláthatóság** szem előtt tartásával. *... Mint alapkezelő*
- Feladatai megfelelő ellátása érdekében **felkészült szakembergárdára és korszerű informatikai rendszerre** épülő hatékony szervezetet működtet, és **partneri viszonyra** törekszik a szolgáltatókkal, ellátottakkal és járulékfizetőkkel, valamint az egészségügyi finanszírozás és ellátás egyéb érintettjeivel.” *... Mint szervezet*

Forrás: Dózsa et.al., 2006

Az új közszolgálati menedzsment megvalósítása az OEP intézményrendszerében:

- a) Az OEP jogállásának megváltoztatása – Gazdasági társasággá alakítása (ZRt);
- b) Stratégiai menedzsment kialakítása;

- c) Korszerű humánerőforrás menedzsment bevezetése: eredményorientáltság, teljesítményösztönzés, rugalmas javadalmazási és előre jutási rendszer;
- d) Projektmenedzselés professzionalizálása, mátrix struktúrák kialakítása;
- e) Minőségbiztosítási rendszer kialakítása
- f) Információs rendszer korszerűsítése: integrált informatika, e-kormányzás, e-közigazgatás technikai hátterének kifejlesztése;
- g) Az OEP forrásbővítésének lehetőségei, az erőforrás felhasználás hatékonyságának javítása;
- h) Szervezetben belüli decentralizációban és specializációban meglévő lehetőségek kiaknázása;

A biztosítói és vásárlói szerepek erősítésének főbb területei:

- a) Szigorú költségmegtakarító politikák alkalmazása
- b) Biztosítási nyilvántartások pontosítása és egységesítése
- c) Szerződéses feltételrendszer fejlesztése
- d) Az ellenőrzési rendszerek fejlesztése
- e) A szolgáltatói teljesítmények ellenőrzése és mintorozása, összevetés a tervezett keretekkel, volumenekkel

2 Az Egészségbiztosítási Alap egyensúlya – útkeresés a forrásteremtésben – a bevételi szerkezet változásai és kormányzati intézkedések a bevételek növelésére (1995-2025)

Szerzők: Dózsa Csaba László, Bodrogi József, Szántai Zsombor, Forman Balázs, Szigeti Szabolcs, Tóth Melanie Éva

Tartalom

2 Az Egészségbiztosítási Alap egyensúlya – útkeresés a forrásteremtésben – a bevételi szerkezet változásai és kormányzati intézkedések a bevételek növelésére (1995-2025). 0

2.1	Bevezetés	1
2.1.1	Az egészségbiztosítási rendszerek alapjai	2
2.1.2	A magyar társadalombiztosítás történeti előzményei	6
2.1.3	Egységes szabályozás kialakítása – Egészségbiztosítási Alap létrehozása ..	7
2.2	A kutatás módszere	9
2.2.1	A regressziós modell bemutatása	9
2.3	Eredmények	11
2.3.1	Az Egészségbiztosítási Alap hiányának alakulása	11
2.3.2	Az E. Alap forrásainak átrendezése	12
2.3.3	A Központi Költségvetési források szerepe az E. Alap egyensúlyának megteremtésében	14
2.3.4	Az egyéni egészségbiztosítási járulék alakulásának elemzése	15
2.3.5	A regressziós elemzések eredményei	17
2.4	Megbeszélés - az egészségügyi finanszírozás struktruláis kihívásai, az E. Alap bevételeinek növelésére tett kormányzati intézkedések	19
2.4.1	Jogviszony-ellenőrzések szigorítása a társadalombiztosítás rendszerében	22
2.4.2	A Baleseti adó bevezetése 2011-ben majd kivezetése 2019-ben	27
2.4.3	Egyéb intézkedések az E. Alap bevételeinek növelésére	27

2.4.4	Nemzetközi kitekintés – adók és járulékok jelentősége az egészségbiztosítási rendszerek forrásképzésében.....	29
2.4.5	Aktív-inaktív arány és potenciális közteherviselés regionális és korosztályos megközelítésben.....	34
2.5	Összefoglaló: 25 év időszakának főbb változásai	39
2.5.1	Főbb megállapítások az E. Alap bevételi szerkezetével kapcsolatban.....	39
2.5.2	Javasolt intézkedések az E. Alap bevételeinek további stabilizálása és többletforrások szerzése érdekében.....	41
2.6	Kontrollkérdések	42
2.7	Kulcsfogalmak és rövidítések.....	42
2.8	Ábra és táblázat jegyzék.....	43
2.9	Hivatkozások	44

2.1 Bevezetés

A fejlett országok gazdaságának fontos mérőszáma, hogy a GDP (gross domestic product, bruttó nemzeti össztermék) hány százalékát fordítják az egészségügyben és az egészségbiztosításban felmerülő kiadások fedezésére. A demográfiai változások nagy hatással vannak az elosztórendszerek fenntarthatóságára: az idősök számának növekedésével változik a szolgáltatást igénybe vevők társadalmon belüli megoszlása, továbbá csökken az aktív korúak aránya és ezáltal a befizetett járulékok mértéke is. Az egészségügyi és egészségbiztosítási rendszer visszatérő problémája a forrásteremtés formája és mértéke, az egészségügyi kiadásoknál fontos elem a rendelkezésre álló források és a felmerülő kiadások közötti eltérés.

Jelen fejezet célja, hogy bemutassa az Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban: E. Alap) egyensúlyának alakulását, az adó és járulékbevételeket befolyásoló tényezőket (pld. GDP alakulása, munkanélküliség, foglalkoztatottság) és a bevételek növelésére irányuló kormányzati intézkedéseket.

A tanulmány felépítése: először röviden bemutatjuk a hazai társadalombiztosítás több mint 100 éves történetét, majd részletezzük az E. Alap hiányának és bevételi szerkezetének változását, továbbá a direkt kormányzati intézkedéseket, amelyek az E.

Alap bevételének növelését szolgálták. A regressziós elemzéssel főként arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a fontosabb makrogazdasági és demográfiai mutatók alapján lehet-e becslést adni az Alap bevételi oldalának alakulására. Ez kifejezetten fontos a tervezhetőség szempontjából. Fontos kérdés volt, hogy létre lehet-e hozni egy olyan statisztikai modellt, aminek a segítségével megfelelő pontossággal lehet előre jelezni a bevételi oldalt abban is kiemelten a járulék (és Szociális hozzájárulási adó) bevételeket. A tanulmány végén áttekintjük néhány OECD ország egészségügyi és egészségbiztosítási forrásteremtési gyakorlatát.

A kutatómunkánk két részből áll, melynek a jelenlegi jegyzet fejezetei a bevételi szerkezet alakulását elemzik az 1990-es évek közepétől.

Ezt követi majd a második fejezet, mely az egészségbiztosítás kiadási oldalának, a forrásallokációnak az elemzésével, szerkezeti változásaival és a kiadást féken tartó kormányzati intézkedésekkel foglalkozik.

2.1.1 Az egészségbiztosítási rendszerek alapjai

Az egészségbiztosítási rendszerek alapjai széleskörű gazdaságpolitikai és történelmi távlatban a XIX. század német gazdaság és társadalom politikájában keresendők. Mit tehet egy ország, ha a viszonylagos gazdagsága ellenére későn kapcsolódott be az első ipari forradalomba. Ha úgy vesszük, akkor az 1800-as évek első évtizedeiben Nagy-Britanniával, mint a világ gazdaság centrumával szemben Németország az elmaradott agrárperifériának számított. Az ország elég hamar egy rendszerszintű, de közgazdasági elméleti problémával is szembesült.

Hogyan lehet a felzárkózást megvalósítani, ha az másik oldalról azt jelenti, hogy tartósan a centrum országokénál magasabb gazdasági növekedést kell elérni. De a klasszikus angolszász közgazdászok a profitszerzés, a jövedelem növelés leghatékonyabb módjának az abszolút, illetve a komparatív előnyökre épülő kereskedelmet tartották. De a nemzetközi kereskedelemről a centrum országok tudnak profitot szerezni. Vagy az elérhető profit nagyobb hányadát tudják kisajátítani a perifériának számító országokkal szemben. Ha a nemzetközi kereskedelemről nem lehet meggazdagodni, akkor a növekedés forrását máshol kellett keresni. A XIX. századi német közgazdászok egyik legnagyobb kérdése az volt, hogy jó, de akkor hogyan lehet meggazdagodni, ha az extenzív gazdasági növekedés lehetőségeit, az új erőforrások – termőföld, ásványkincsek,

dolgozó emberek – bevonását, vagyis az Európán kívüli területek gyarmatosítását és a tengeri kereskedelem hasznát az angolok, a franciák, a hollandok lefölözték?

A válasz mai szemmel nézve sem tűnik egyszerűnek. Friedrich List, Johann von Thünen és követőik arra a következtetésre jutottak, hogy Németországnak (vagy az egyesítés előtt a helyén lévő államoknak) a saját belső erőforrásait kell sokkal jobban, intenzívebben kihasználni (List, 1841; Thünen, 1826)

Mit is jelent a belső erőforrások jobb felhasználása?

1. A rendelkezésre álló termőföldek optimális használata, hogy hasznosuljanak a német agrárforradalom eredményei és hogy a lehető legmagasabb jövedelemre telessenek szert a földtulajdonosok és földet megművelők is. A XVIII. századi német agrárforradalom a termesztett növények, zöldségek körének kibővülésével egy egészségesebb táplálkozási szokásokat eredményezett. Többek között ez javította a német lakosság átlagos egészségügyi állapotát és növelte a várható születéskor várható átlagos élettartamát.
2. A közjavak, az elérhető közszolgáltatások minősége magas színvonalú legyen – a pénz, a pénz kamatozása, a pénz értékének védelme, a közigazgatás, az oktatás, az egészségügy működése. A német közgazdasági elméletek egyik központi elemének a tranzakciós költségek számítanak. A tranzakciós költségek közé tartoznak a szerződések tárgyalásának, megkötésének, végrehajtásának és a szállításnak a költségei. A német gazdaság irányítói azzal szembesültek, hogy a német gazdaság a XIX. század közepén nem rendelkezik olyan külső piacokkal, ahová nagymennyiségben tudná exportálni a termékeit vagy ahonnan jelentős nyersanyaghoz juthatna. A német termékek alacsonyabb ára csak úgy volt elérhető, ha nem a bérköltségeket akarták csökkenteni, hogy a termelés, szállítás, értékesítés tranzakciós költségeit csökkentik. A vállalatok és a közintézmények, mint gazdasági intézmények akkor hatékonyak, ha alacsony tranzakciós költségeik vannak. Vállalati szinten az alacsony tranzakciós költségeket a tőzsdei társasági törvény, a szabadalmi törvény, kartellmegállapodások garantálták. Az állam fontos gazdasági funkciói közé tartozik a közjavak biztosítása. Ebből kiindulva és az alacsony tranzakciós költségeket szem előtt tartva kell az olcsó és megbízható kell a közjavakat minden gazdasági szereplő számára hozzáférhetővé tenni. Ilyen közjavak közé tartozik a közlekedési hálózat, az alacsony kamattal

elérhető nemzeti valuta, a széleskörű oktatási rendszer és a társadalombiztosítás. Vállalati körben is fontos a tranzakciós költségek minimalizálása. Ilyenek a piaci jelenléttel, a kereskedéssel kapcsolatos tranzakciós költségek csökkentése. De a vállalaton belüli irányítási költségek, a rendelkezési jogokkal kapcsolatos költségek csökkentése is cél. A cégeken belül a szerződések egyik típusát a részvényesek (képviselők) és az igazgatósági tagok (ügynökök) közötti szerződések alkotják. Ezek a menedzseri szerződések nem csak a bérekről szólnak. A cégen belüli szerződések másik típusát a vállalatvezetős és a munkavállalók közötti szerződések alkotják. Mindkét fél érdeke, hogy a munkavállalók is elégedettek legyenek a munkakörülményeikkel és a fizetésükkel, hiszen például a folyamatos üzemet igénylő kohászatban, vegyiparban óriási anyagi veszteségeket okozhat egy sztrájk miatti teljes leállás.

3. Az ember, főleg, ha német, kitüntetetten fontos. Az ember tudását, képességeit, szakmai ismereteit a lehető legmagasabb szintre kell emelni. A közjavak következő eleme az emberi erőforrások fejlesztése és védelme – oktatás, különösen a műszaki oktatás, és a társadalombiztosítás. A világon az elsők között vezették be a tankötelezettséget. Poroszországban 1733-ban vezették be az iskolakötelezettséget és ezt a XVIII. század végére minden német állam átvette. Elsőként emelték 8 illetve 12 osztályra. Az évszázados tradíciókkal rendelkező fejlett oktatási rendszernek köszönhetően Németországnak nagyon jelentős komparatív előnye lett a humán erőforrások tekintetében. Ez nagyon fontos volt a magas szakértelmet követelő humántőke-igényes termeléshez: a gépgyártáshoz, a vegyiparhoz és az elektrotechnikai iparhoz. A német alapfokú iskolák jó általános és klasszikus műveltséget adtak. Az iskolába járó diákok műszaki ismeretekkel való felvértezése is korán megkezdődött. A korai tankötelezettségnek köszönhetően már a 19. század közepén magas a műveltségi ráta. Ez nemzetközi összehasonlításban a világon a legjobb. A 1870-es évek közepén a 18 évesnél idősebb népesség közel 80%-nak van már középfokú végzettsége vagy szakmája. Az általános és szakképzés közjósága, mert a vállalatok, a munkáltatók akkor tudják a leggyorsabban alkalmazni az új munkavállalót, ha annak a tudása nem csak az előző munkahelyéhez illeszkedik, hanem általános. A jól képzett munkavállaló viszont érték, akit viszonylag magas munkabérrel jól meg is kell fizetni. A XIX. századi iparosítás viszont számos új és veszélyes iparágat,

technológiát és munkakört, álláshelyet teremtett. A balesetek, a munkahelyi balesetből származó sérülések kockázata jelentősen megnőtt. A vállalati költségek, a balesetektől származó károk, kiesések, a kieső munkaerő pótlásának költségei, a balesetektől származó sérülések költségei csökkentésének igénye hozta létre először a német balesetbiztosítási és állami egészségügyi rendszert. Az ipari balesetektől származó anyagi kár rendezése a gyárak, a vállalkozók, a tulajdonsok felelőssége. Az emberi életben, egészségben bekövetkezett baleseti eseményekért a munkáltatók is és a munkavállalók is felelősséggel tartoznak, tehát kockázatvállalók lettek.

Mi volt ebben az újdonság? A német rendszer a világon elsőként felismerte, hogy a nagy tömegekre szóló országos kockázat közösség az mind a biztosítottak, mind az ellátórendszer és az állam számára is a legolcsóbb megoldás. A társadalombiztosítások kiépítésének közgazdaságilag a következő szakaszai voltak:

- a. Alkalmankénti beteg-orvos találkozások. Amikor a betegség idején találkozik csak az orvos a pácienssel. Az orvosnak is rossz, mert nincs állandó bevétele. A páciensnek, meg akkor jelentkeznek a plusz kiadásai, amikor esetleg kereső képtelen.
- b. Vállalati, szakszervezeti vagy csoportos önszegélyező pénztárak. Itt még mindig probléma, hogy kevesen vannak a kockázat közösségben. Az ilyen módon szervezett speciális pénztárak legfeljebb az alapellátást tudják biztosítani a tagjainak.
- c. Iparági biztosítás magas színvonalon szolgáltatást nyújtani csak azokban az ipari régiókban tud, ahol az adott szektor munkavállalói nagy számban koncentrálnak. Például a nehézipari vidékeken.
- d. Nemzeti baleset biztosítás esetén a lakosság egésze benne van a kockázat közösségben. Jelentősen kibővül a járulékfizetők száma. A balesetek egy főre jutó átlagos száma viszont csökken a kevésbé balesetveszélyes munkahelyek bevonásával.
- e. Általános nemzeti egészségügyi biztosítás, amikor már nem csak a teljes lakosság baleset biztosítása a cél, hanem valamennyi betegséget is bevonják a biztosított körbe. Ebben az esetben a különböző betegségek előfordulásának kockázata jól becsülhető. Ez alapján az egészségügyi intézmények, az orvosok létszáma jól

tervezhető és területileg megfelelő módon allokálható. Németországban ez egy egészségügyi tervgazdaság. Ennek célja a betegek magas színvonalú ellátása és a prevenció feladatok ellátása. További célja az, hogy mindezt a nemzetgazdaság egésze számára a lehető legalacsonyabb GDP ráfordítás mellett érjék el. A nagyon aprólékos tervezés, a kapacitás tervezés, az ágazati és területi forrásallokáció az, ami nemzetközi összehasonlításban kiemeli a német rendszert a hasonló fejlettségű országok köréből.

2.1.2 A magyar társadalombiztosítás történeti előzményei

A magyar társadalombiztosítás (TB) történetének több évszázados hagyománya van. Már a 13. században voltak a bányászok gyógyítását segítő ispotályok, kórházak, ahol a betegségápolással foglalkozó szerzetesek gondozták a beteg bányászokat. Illetve a bányászok hozták létre először önszegélyező szervezeteket, ún. bányatársuladákat, melyek bevétele a tagok által vállalt járulékokból és a bányatulajdonos hozzájárulásából tevődött össze (Igazné Prónai, 2006).

Magyarországon a legrégebbi önkéntes társuláson alapuló intézmény az 1846-ban alakult Budapesti Kereskedelmi Nyugdíj- és Betegápoló Egyesület. 1870-ben hozták létre az Általános Munkásbetegsegélyező és Rokkant Pénztárat. A munkások betegség esetére szóló biztosításáról Magyarországon törvény először az 1884. évi ipartörvény rendelkezett. A törvény nem kötelezte az ipartestületeket segélypénztárak létesítésére, csak felkérte őket, így a jogszabály nem volt eredményes: 1892-ig 28 új ipartestületi segélypénztárt létesítettek és statisztikai adatok szerint 1885-ben a munkások mindössze 40,6%-a volt biztosított (Eitner, 2012).

A XIX. századi gazdasági növekedés megkövetelte a magyar biztosítási rendszer megszervezését, amely az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről szóló 1891. évi XIV törvénycikk létrehozásával kezdődött meg. A jogszabály kiterjedt a baleset és betegbiztosításra, illetve a pénzbeli és természetbeni ellátásokra: táppénz, gyermekágyi segély, temetési segély, a természetbeni ellátások körébe bekerül az ingyenes orvosi ellátás, majd a gyógyszer- és a gyógyászati segédeszköz támogatás.

Az Országgyűlés 1907-ben a balesetbiztosítás mellett a TB működésének legfontosabb alapelveit is törvényben rögzítette. Létrejött az Országos Munkásbetegsegélyező és Balesetbiztosító Pénztár és annak helyi szervei, a munkásbiztosító pénztárak. A törvény

négy alapelvet fogalmazott meg: a biztosítás kötelező, a biztosítás szervezete országos, központosított, a biztosítást ellátó szervek önkormányzati alapon működnek, egyenlőség a pénztárak vezetésében a munkaadók és a munkások egyenlő részvételével.

2.1.3 Egységes szabályozás kialakítása – Egészségbiztosítási Alap létrehozása

1927-ben kerültek egységesítésre a balesetbiztosítás és betegbiztosítás szabályai, amely kiegészült a foglalkozási betegségben szenvedők ellátásáról való gondoskodással. A TB köre a prevenció, az öregek és a hátramaradott családtagok ellátásával, illetve a szolidaritás elvével bővült. A reform keretében számolták fel az Országos Munkásbiztosítási Pénztár összes helyi szervét. Jogaik az Országos Munkásbiztosítási Intézetre, mint jogutódra szálltak át.

1928-ban került sor az Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI) megszervezésére. Az öregségi és rokkantsági biztosítás bevezetésével öregségi rokkantsági, özvegyi és árvasági járadék-ellátást nyújtottak. A szélesebb dolgozói réteg számára a gyermeknevelési pótlékot 1938-ban vezették be. Ezzel a szociális gondoskodás és egészségügyi ellátás területén olyan alapokat és modern szervezetet hoztak létre, ami Közép-Európában akkor még sehol sem érvényesült.

A II. világháborút követően a TB-t államosították és a szociális biztonságért az állam vállalt garanciát. 1945-50. között a különböző foglalkozási ágak és munkavállaló csoportok biztosítását szolgáló TB-i szervezetek fokozatosan beolvadtak az OTI-ba. Önálló biztosítóintézetként csak a MÁV Betegségi Biztosító Intézete maradt meg. 1950-től a TB igazgatását a Szakszervezetek Országos Tanácsára (SZOT) bízták. A felügyeletet a Minisztertanács gyakorolta. Az állami TB központi igazgatási és ügyviteli feladatai az OTI-tól átkerültek a frissen megalakult Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központjához (SZTK). A TB helyi feladatai a megyei TB-i szervek hatáskörébe jutottak. A biztosítottak létszáma folyamatosan nőtt, az ellátások köre és időtartama bővült, színvonala javult.

A TB-ről szóló 1975. évi II. törvény egységes elvek alapján szabályozta a TB ágazatait és ellátásait, a magyar lakosság számára pedig az állami egészségügyi szolgálaton keresztül alanyi jogon biztosította az egészségügyi ellátást. A TB és benne az egészségügyi és egészségbiztosítási ellátások ekkor már gyakorlatilag a teljes lakosságot lefedték. Az 1984-től a TB irányítását a szakszervezetektől az állam vette át, illetve létrejött az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF).

1989. január 1-jével az Országgyűlés döntése értelmében a TB elkülönült az állami költségvetéstől.

Az Alap önálló, állami garanciát élvező pénzalapként kezdett működni, s a TB-i ellátások, valamint a külön jogszabályok alapján járó TB által finanszírozott egyéb juttatások fedezetére szolgált. 1990. január 1-jétől az ún. forráscsere révén a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozása az állami költségvetésből a TB-i költségvetésbe, családi pótlék finanszírozása pedig a TB-ből átkerült az állami költségvetésbe azonos összeggel (akkor 60 Mrd Ft-tal).

A társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról és a rövid távú feladatokról szóló 60/1991. (X. 29.) OGY határozat a költségvetéstől korábban elkülönített TB-i Alapot két részre osztotta: önálló Egészségbiztosítási Alapra és Nyugdíjbiztosítási Alapra. Irányításukat az alapok szerint szerveződő külön-külön önkormányzatokra bízta. 1993-ban alakult meg az Egészségbiztosítási és Nyugdíjbiztosítási Önkormányzat, s ezzel megszűnt az OTF. Létrejött az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF). 1998-ig az Alap működése felett a társadalmi kontrollt az Önkormányzatok gyakorolták. Fontos megjegyezni, hogy az Önkormányzat költségvetési jogköreinek tudatos szűkítése 1996-ban megkezdődik, majd egy további lépésként megszüntetik a választás útján történő delegálási rendszert.

Az Önkormányzatokat 1998-ban végül feloszlatták, az Alapok felügyeletét közvetlenül a Kormány végzi, az OEP irányítását a Kormány 1998-1999. között a Miniszterelnöki Hivatal, 1999-2001 között a Pénzügyminisztérium politikai államtitkára. 2001-től az egészségügyi, 2002-től az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter, 2004. szeptember 29-től az egészségbiztosításért felelős egészségügyi, 2010. május 25-től nemzeti erőforrás miniszter, 2012. május 14-től 2022. június 1-ig az emberi erőforrás miniszter, azt követően a belügyminiszter útján látja el.

1999. január elsejétől az egészségbiztosítótól és a nyugdíjbiztosítótól az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatal (APEH), 2011. január 1-től Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) járulékigazgatóságához került a járulékok nyilvántartása, beszedése és ellenőrzése. 2011-től az Alapok a Központi Költségvetés (továbbiakban: KK.) szerves részévé váltak, de az éves költségvetési törvényben elkülönült fejezeti számmal: Nyugdíjbiztosítási Alap LXXI., az Egészségbiztosítási Alap pedig LXXII. számon.

Az OEP neve 2017. január 1-től Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőre (NEAK) változott, ezzel együtt némileg szűkült is a jogszabályokban előírt feladatainak köre.

2021. és 2022. évben a koronavírus-világjárvány elleni védekezéssel kapcsolatos egyes kérdésekről 1076/2021. (II. 27.) Korm. határozattal átnevezték Egészségbiztosítási és járvány Elleni Védekezési Alapra, ezzel a KK. LXXII. fejezet címe is erre változott, de 2023-tól már ismét Egészségbiztosítási Alapról beszélhetünk.

2.2 A kutatás módszere

Jelen fejezetben az Egészségbiztosítási Alap működésének szinte teljes időszakát vizsgáljuk 1995-től első sorban 2019-ig, tehát 25 évet felölelve, kisebb mértékben utalunk a 2020-2021. évi adatokra és változásokra. A leíró statisztikai elemzésekhez információval a Parlament által elfogadott éves költségvetési és zárszámadási törvények E. Alapra vonatkozó költségvetési számai szolgáltak. Ezt egészítettük ki az OEP és NEAK statisztikai évkönyveiben található további pénzforgalmi szemléletű költségvetésre vonatkozó adataival. A fentiek alapján és a KSH inflációs adataiból saját adatbázist hoztunk létre, mely alapját képezi a trendelemzéseknek, regresszió elemzésnek. Az elemzés során a Központi Statisztikai Hivatal (KSH), a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK), az Államkincstár adatbázisait használtuk. A nemzetközi trendeket és intézkedéseket a Világbank, OECD Health Statistics, Európai Bizottság adatbázisai és tudományos adatbázisokban elérhető hasonló témájú cikkek, elemzések alapján rendszereztük.

2.2.1 A regressziós modell bemutatása

Lineáris regressziós elemzést futtattunk le az E. Alap egyéni járulékbevételeinek vizsgálatával, magyarázó változóként számos makrogazdasági és foglalkoztatottsági mutató bevonásával 1998-2019. időszakára vonatkozóan. Az általunk vizsgált változókból *forward stepwise* lineáris regressziós eljárással igyekeztük prediktálhatóvá tenni a függő változót. A modellbe bevonni tervezett változók köre az alábbi volt: Nemzetgazdasági jövedelem (GDP), foglalkoztatottsági ráta, bruttó átlagkereset, gazdaságilag aktívak száma, K+F kiadások (lásd 1. Táblázat). Az E. Alap becsült bevétele $= 0,003271 * GDP - 17,306242$, ahol a GDP millió forintban van megadva, az E. Alap egy százalékponton jutó bevétele pedig Mrd forintban.

A regressziós elemzések időbeli lehatárolása

A cél a lehető legnagyobb időintervallum vizsgálata volt. A kezdeti időpont esetén a korlátot az adatok elérhetősége jelentette.

1998-tól kezdődően érhetőek el a főbb makrogazdasági és demográfiai mutatók, amelyeket megvizsgáltunk, így a regressziós elemzésünkben ez az év a kezdőpont. A statisztikai modellben a vizsgált időszak végének az utolsó olyan évet választottuk, amit a COVID-19 világjárvány nem érintett. A járvány következtében olyan mértékű gazdasági és szakpolitikai átrendeződés történt főként 2020. évben, hogy az addig érvényes makrogazdasági és államháztartási összefüggések nem voltak érvényesek.

Az általunk vizsgált 1998-2019-ig tartó időszakot két szempont szerint osztottuk fel. Az egyik a 2008-as pénzügyi válság éveit voltak. Eszerint két csoportba soroltuk az adatsor értékeit. A válság éveit soroltuk azokat az éveket, melyek során az E. Alap egy százalék pontra jutó bevétele el nem érte a 2006-os szintet. A másik határoló év pedig a 2011-es, hiszen egy jelentős gazdaságpolitikai szemléletváltás következett be, ami megváltoztatta a munkajövedelmek közterheinek kialakítását. Ez alapján megkülönböztettünk 1998-2010-ig (13 év) tartó, 2007-2010-ig (4 év) tartó és 2011-2019-ig (9 év) tartó időszakot.

A függő változó a vizsgálat során az egy százalékpontnyi egyéni járulékbérvétel volt. Azért nem közvetlenül a nominális összesen járulékbérvételt tekintettük, mert a vizsgált időintervallum alatt többször változott a járulék mértéke. A magyarázó változók kiválasztásában fontos szempont volt, hogy egyrészt intuitív kapcsolat álljon fent a magyarázandó változóval, másrészt a KSH által közölt ellenőrizhető és azonos módszertani szerint mért és számolt értékek legyenek, vagyis objektív szakmai szempontok alapján előállított adatsorokról legyen szó, és várhatóan a jövőben is elérhetőek lesznek.

Az adatok forrása a Központi Statisztikai Hivatal honlapján elérhető nyilvános adatsorok voltak. A vizsgálatba vont változók: GDP forintban, foglalkoztatottak száma, bruttó átlagkereset, K+F ráfordítások illetve a gazdaságilag aktívak száma. A Tanulmányunkban a járulékbérvételek magyarázó változójaként használt GDP mutató az egyik legfontosabb makrogazdasági mutató, amely átfogóan jellemzi a nemzetgazdaság méretét, teljesítményét. Emellett az egyik leggyakrabban előrejelzett makrogazdasági mutató, így

a költségvetés tervezésekor ezen előrejelzések felhasználhatók. Ezért is kézenfekvő az alkalmazása az E. Alap bevételi oldalának predikciójára.

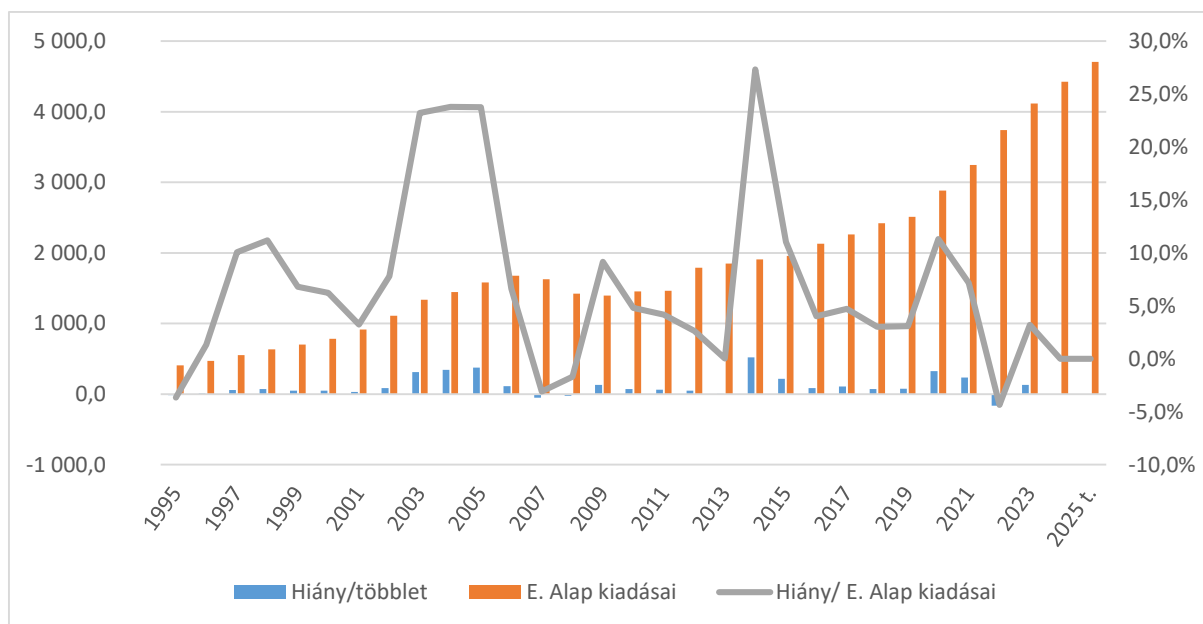
2.3 Eredmények

2.3.1 Az Egészségbiztosítási Alap hiányának alakulása

„Az állam az Alaptörvényben az egészségüggyel kapcsolatban előírt kötelezettségének eleget tett, az egészségügyi ellátást megszervezte. A kiegyensúlyozott, fenntartható, átlátható költségvetési gazdálkodás elvárásának teljesítéséről azonban nem beszélhetünk. Az Egészségbiztonsági Alap (továbbiakban: E. Alap) bevételei és kiadásai folyamatos növekedést mutattak a 2010-2019. évi adatok alapján. Az E. Alap egyenlege a 2013-2014. évi egyensúlyi helyzet után 2015-től újra hiányt (deficit) mutat.” [ÁSZ jelentés, 2016.]

Az 1. ábra az E. Alap hiányának alakulását mutatja be 1995-től. A hiány nagymértékű kilengésekkel jelenik meg kifejezve az ágazat politikai súlyját, a kormányzat hozzáállását. Az E. Alap hiánya ugyanakkor nincs kapcsolatban az egészségügy helyzetével, az egészségügyi intézmények gazdasági stabilitásával (pl. a kórházak éves adósságával és konszolidációs összegével). Ugyanakkor egyértelműen megállapítható, hogy az önkormányzati rendszer felszámolását követően a pénzügyi egyensúly nemhogy javult, hanem még súlyosabb hiány alakult ki több évben is.

2.2.1. ábra Az E. Alap hiányának alakulása (Mrd Ft) és aránya az E. Alap kiadásához (1995-2025)



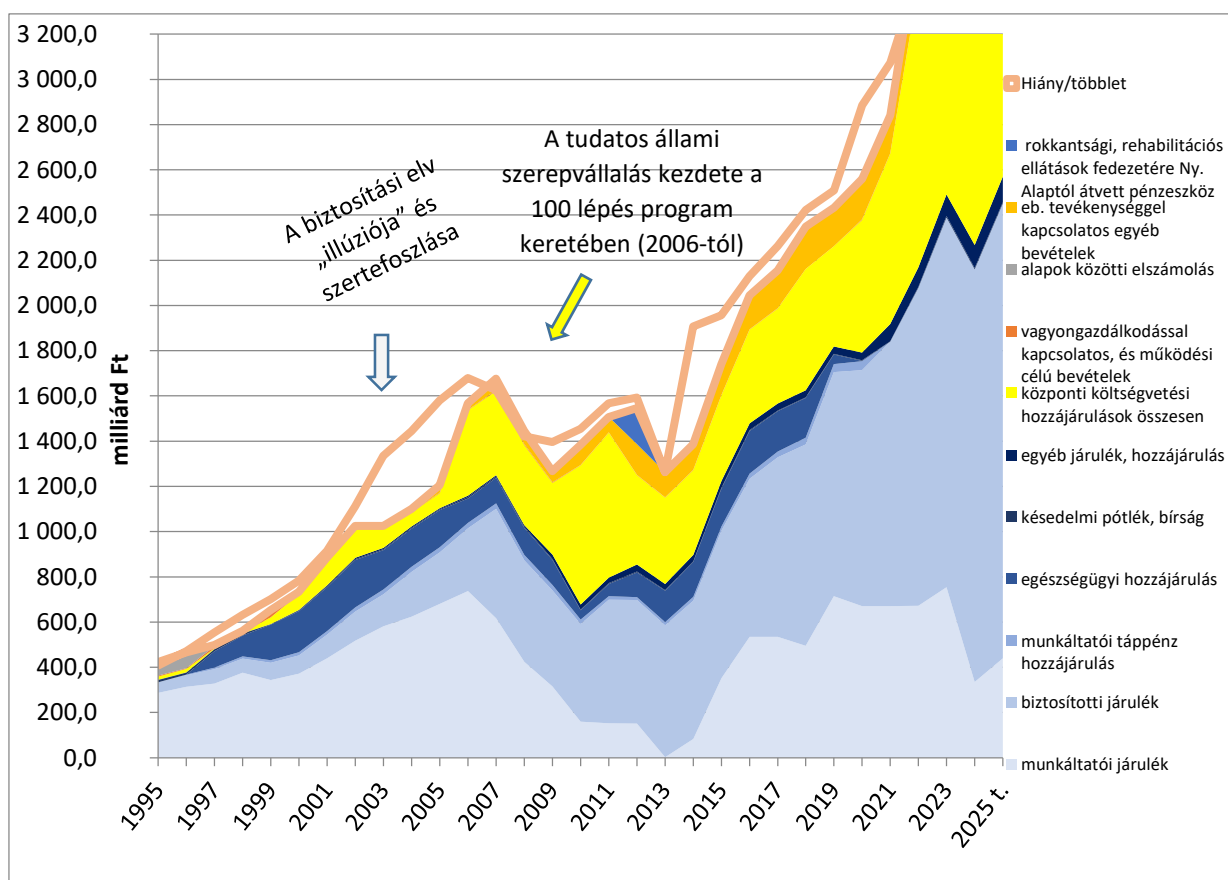
Forrás: Szerzők

2.3.2 Az E. Alap forrásainak átrendezése

Az E. Alap forrásai-átrendeződésében egyértelmű váltások láthatók a kormányzati intézkedések nyomán, pld. az egészségügyi hozzájárulás (EHO) bevezetése 1996-ban, később a tudatos állami szerepvállalásé 2006-tól a „100 lépés” program keretében az adóbevételek egy részének átengedésével (2. ábra). Az ábrán a teljes bevételi szerkezetet mutatjuk be. Fontos költségvetési alapelv, hogy minden bevétel minden kiadást fedez. Tekintettel arra, hogy a bevételek egyaránt fedezik a pénzületi és az egészségügyi (természetbeni) ellátásokat, a teljes bevételi szerkezet alapján még önmagában nem ítéltető meg a tisztán egészségügyi ellátásokra fordított források szerkezete. Ehhez további becslésekre van szükség (Szigeti és mtsai, 2011, 2019).

A COVID járvány előtti utolsó évben, 2019-ben a költségvetési hozzájárulások 443 Mrd Ft-ot tettek ki (a teljes éves bevétel 18,2%-a, a bevételekből 92 Mrd Ft (3,8%) a gyógyszergyártók befizetései voltak.

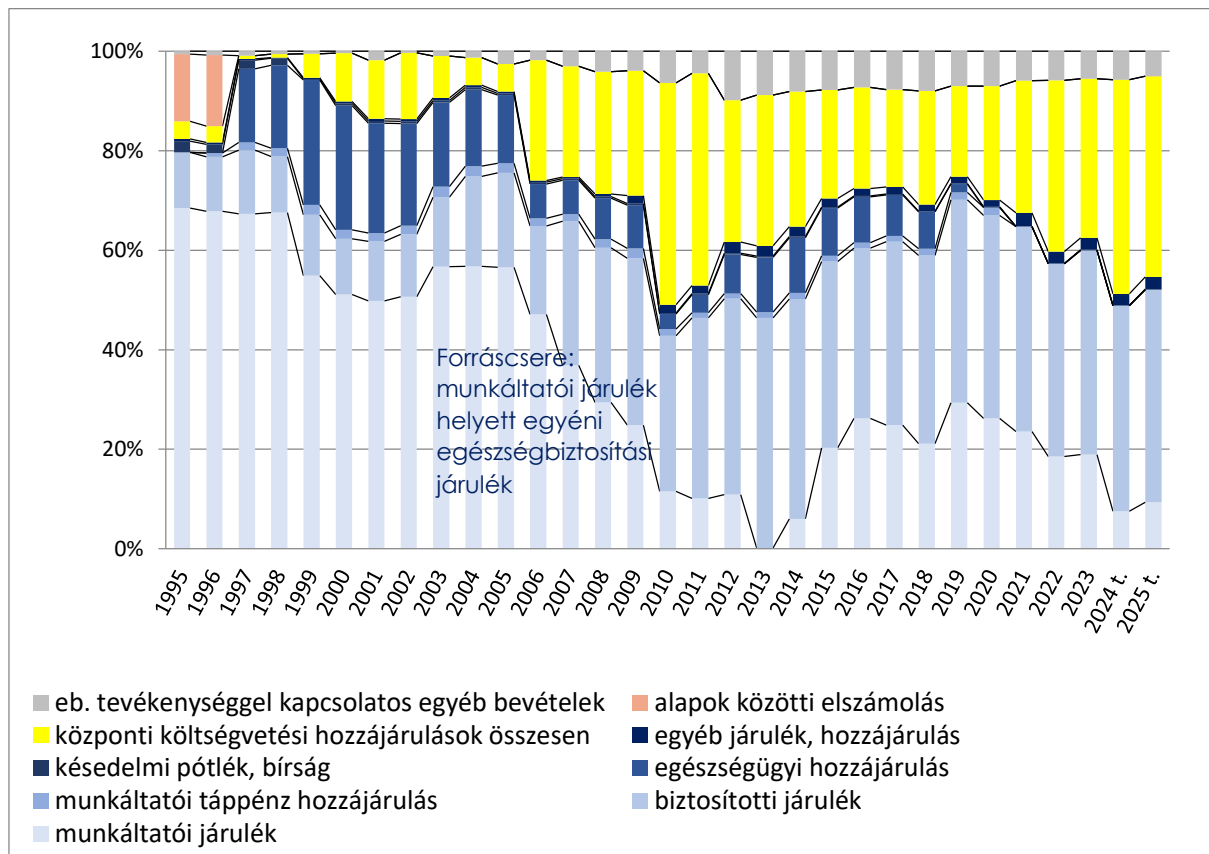
2.2.2. ábra Az E. Alap bevételi szerkezete (nominálisan): átrendeződés, (1995-2025, Mrd Ft)



Forrás: saját szerkesztés az Államkincstár központi költségvetés végrehajtási adatai alapján.

A vizsgált időszakot több periódusra bonthatjuk: A biztosítási elv illúziója, mely még a rendszerváltás éveit nyúl vissza, és főként a kilencvenes éveket jellemezte egészen 2001-ig. 2002-től a kiadási oldal megugrása révén teljesen világossá vált, hogy hagyományos bevételi szerkezettel, kis mértékű KK-i hozzájárulás mellett képtelenség egyensúlyba hozni az E. Alapot. 2006-tól új időszak nyílt a 2005. évi úgynevezett 100 lépés program egyik eredményeként, megjelent a tudatos kormányzati szerepvállalás az E. Alap költségvetési jellegű kiegyensúlyozásában a nagyon jelentős általános adóbevételekből történő forrás-átrendeződéssel. Ez csúcspontját 2014-ben érte el, amikor ez a bevételi forrás már meghaladta az E. Alap összes bevételének 50%-át. A 2020. év vis majornak tekinthető a járulékbevételek hirtelen visszaesése miatt, ugyanakkor a Központi Költségvetés 2021. és 2022. években ismét rendezte a sorait és sikerült a gazdasági növekedés révén a munkajövedelmeket is szinten tartani, kisebb mértékű reálbéremelkedést is elérve, mely pozitív hatással volt a járulékbevételekre, mind összességükben, mind az 1% pontra jutó bevételre. Ennek eredményeként az utolsó vizsgált évben az 1%-pontra jutó járulékbevétel már megközelítette a 200 Mrd Ft-ot.

2.2.3. ábra Az E. Alap bevételi szerkezete és annak változása (éven belüli megoszlása) 1995-2025 között



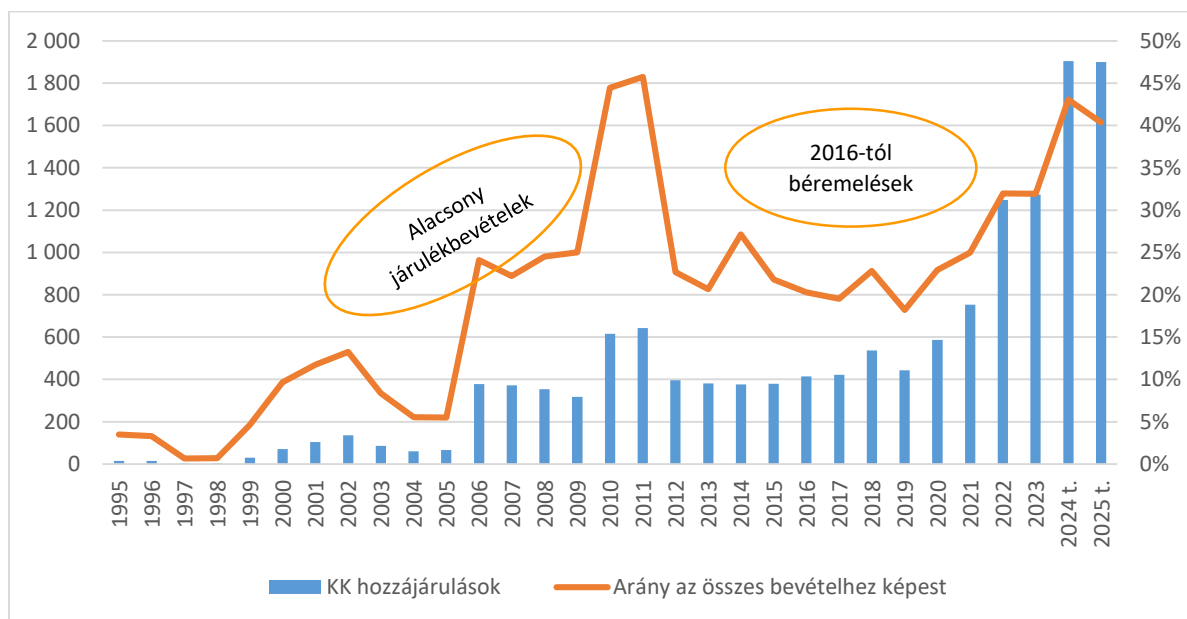
Forrás: saját szerkesztés

2.3.3 A Központi Költségvetési források szerepe az E. Alap egyensúlyának megteremtésében

A Központi Költségvetés (KK) az elmúlt közel 20 év során (valójában 2006-tól!) nélkülözhetetlen részévé váltak az Egészségbiztosítási Alapnak és ezen keresztül az egészségügyi ellátórendszernek. A KK összege és mértéke igen nagy kilengéseket mutat aszerint, hogy a gazdaság egésze milyen állapotban van, hogyan alakul a foglalkoztatás, bértömeg alakulása és milyen a reálbérek alakulása.

A gazdasági válságok és a COVID-19 járvány idején ennek a KK részaránya nagymértékben nőtt, egyes években megközelítette a teljes E. Alap bevétel 50%-át (2010-2011). Ezt követően a 2021 évet követő jelentős ágazati béremelések fedezetét biztosították ezekből az átengedett általános adóbevételekből. Megállapíthatjuk, hogy a KK hozzájárulása az E. Alaphoz évről évre jelentős változást, kilengéseket mutat, nincs egy normatív számítási rendszer, ami meghatározná, stabilizálná ennek éves összegét és mértékét.

2.2.4. ábra KK-i hozzájárulások összege és aránya az E. Alap összes bevételéhez (1995-2025)



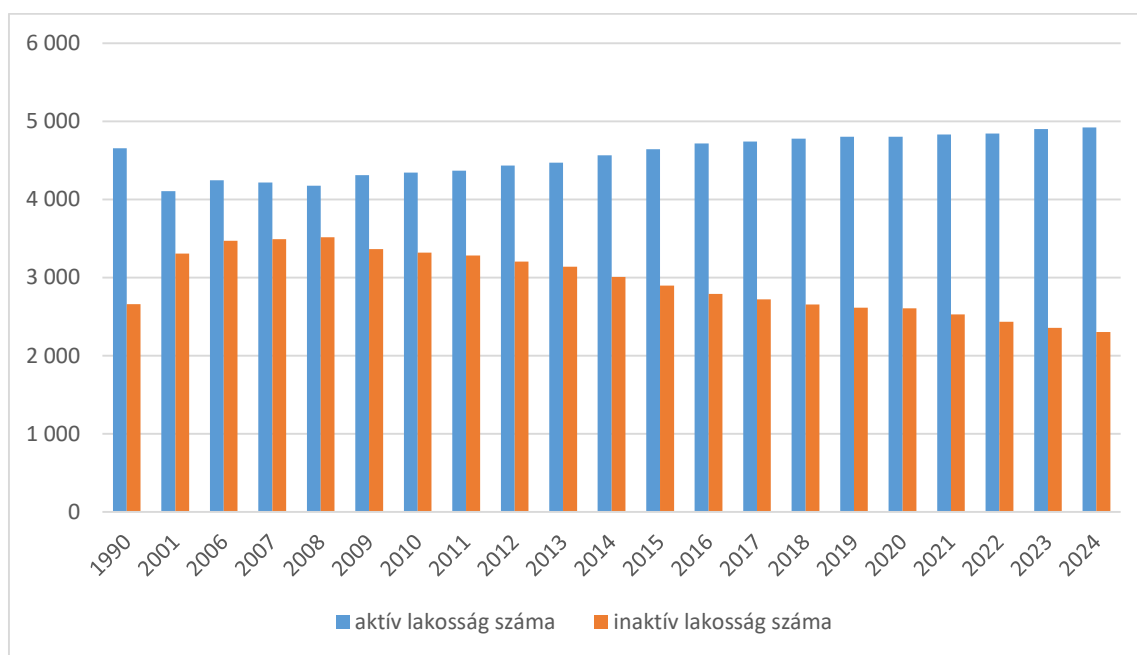
Forrás: Szerzők

A gazdaságilag aktív népesség a gazdasági növekedés potenciális forrását jelenti, amely ténylegesen a foglalkoztatás által járul hozzá a nemzetgazdaság teljesítményéhez, továbbá a munkanélküli és a gazdaságilag nem aktív népesség jelentős része az

államháztartás valamely alrendszeréből kap ellátást, így fontos tényező az aktív-nem aktív népesség arányának alakulása.

A gazdasági aktivitás a 15–74 éves korúak körében 2006-2008. között csökkent, majd 2011-től újra növekedésnek indult (5. ábra). Az aktív lakosság száma és aránya 2019. évre már elérte a rendszerváltáskori magas értéket, 4,7 millió foglalkoztatottal és a 71%-os aktivitási aránnyal a felnőtt lakosságon belül.

2.2.5. ábra Gazdaságilag aktív és nem aktív népesség számának alakulása (ezer fő) (1990-2024)



Forrás: Szerzők, KSH adatok alapján.

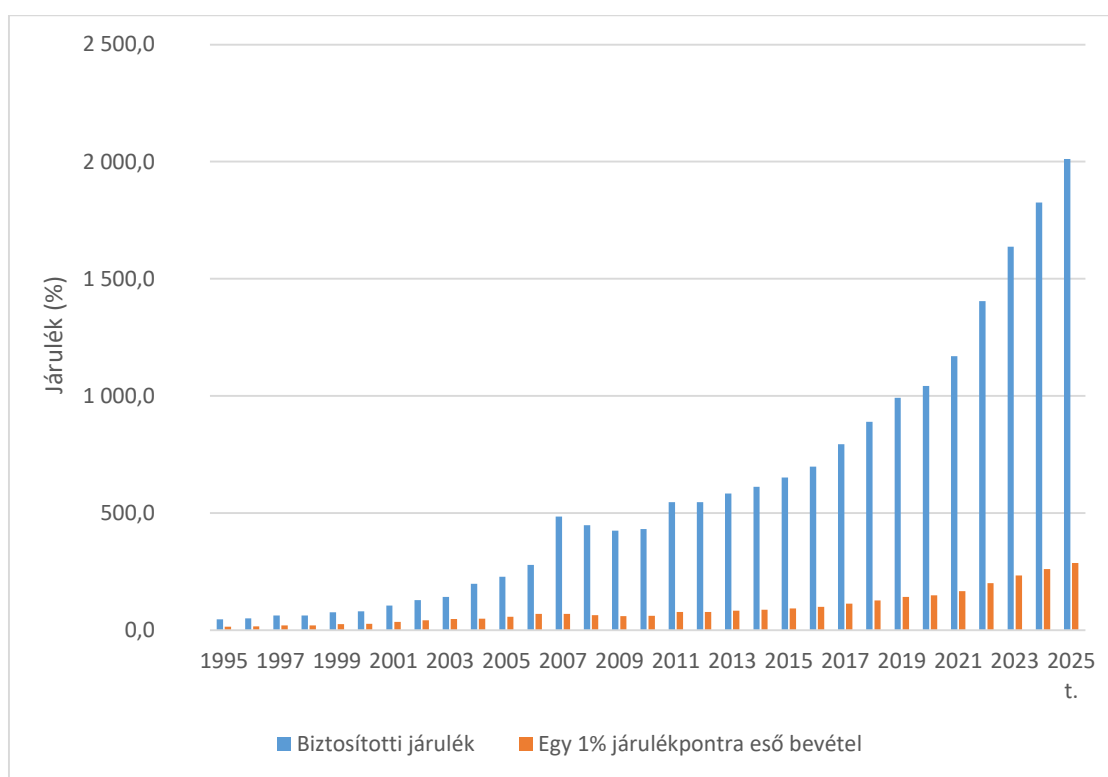
2.3.4 Az egyéni egészségbiztosítási járulék alakulásának elemzése

Az egyéni egészségbiztosítási járulék az E. Alap létrehozásától kezdve jelentős szereppel bírt a forrásteremtésben. Az egyéni egészségbiztosítási járulék többször emelésre került az utóbbi két évtizedben: 2003-ig a bruttó bér 3%-a, 2004-től 4%-a, 2007-ben: 8%-a és 2008-tól 7%-a. A munkáltató járulékmérték nagymértékű csökkenésével egyidejűleg (az 1995-ben még 19,5%-os, majd sok éven át 11%-os mértékű munkáltatói egészségbiztosítási járulék, jelenleg a szociális hozzájárulási adó E. Alapot megillető mértéke 3-4% pont körül alakul) megemelt egyéni járulék tekinthető a forráscsere egyik fő terepének. Az E. Alap működésének első éveiben még létező egyéni járulékfizetési plafont 2001-ben törölték el. Az egyéni járulékot érintő további változás volt, hogy a

2013. évi CC. törvénnyel módosításra került a TBJ., így 2014-től a családi adókedvezmény már egyéni járulékra is igénybevetővé vált.

2021-től az egyéni járulékkötelezettségek összevonásra kerültek társadalombiztosítási járulék néven, így a biztosítottakat bruttó személyes jövedelmükre vetítve egységes, 18,5%-os befizetési kötelezettség terheli, a korábbi 4 különböző járulékféle helyett (nyugdíjjárulék, pénzbeli- és természetbeni egészségbiztosítási járulék, valamint munkaerőpiaci járulék). 1995 és 2025 között az egyéni egészségbiztosítási járulék és az 1%-pontra jutó éves bevételek az alábbiak szerint alakultak (6. ábra).

2.2.6. ábra Az egyéni egészségbiztosítási járulék nominális összegének alakulása és az 1% pontra jutó bevétel összege (1995-2025)



Forrás: Szerzők saját szerkesztése

A munkalapú jövedelmek, a járulékbevételek ugyan nem fedezik az E. Alap kiadásait teljes mértékben (50-78% közötti ingadozás az elmúlt 8 évben), azonban nélkülözhetetlen bevételi forrást jelentenek az E. Alap számára.

2.1. táblázat A Szociális hozzájárulási adó mértékének változása 2012-2025 időszakában

A szociális hozzájárulási adó (szochó) mértéke	
2012. január 1. - 2016. december 31.	27%
2017. január 1. - 2017. december 31.	22%
2018. január 1. - 2019. június 30.	19,5%
2019. július 1. - 2020. június 30.	17,5%
2020. július 1. - 2021. december 31.	15,5%
2022. január 1-jétől	13%

Az E. Alap bevételeinek jelentős részét a KK-i hozzájárulások adják. A hozzájárulás mértéke a 2006. és 2010. közötti időszakban közel a duplájára nőtt. A KK. 2006-ban 378, 2010-ben 616, 2019-ben 443 Mrd Ft-tal növelte az E. Alap bevételeit. A KK-i hozzájárulások alakulására nagy hatással voltak az alacsonyabb járulékbévételek 2008-2011. között, ugyanakkor a 2016-tól kezdődő jelentős reálbér növekedés a gazdaság számos szektorában már csökkentette az általános adóbevételekből történő hozzájárulás kényszerét.

2.3.5 A regressziós elemzések eredményei

Regressziós elemzéseket is végeztünk, melyben számos, az egyéni egészségbiztosítási járulék alakulására ható makrogazdasági és munkaerőpiaci tényezőt vizsgáltunk meg. A korrelációs együtthatók vizsgálata alapján megállapítható, hogy a gazdasági válság éveit megelőzően kifejezetten erős lineáris összefüggés állapítható meg, hiszen szignifikáns és kifejezetten magas R értékeket kaptunk. A válság éveiben azonban ezek a lineáris összefüggések nem szignifikánsak. Ez természetesen részben a kisebb elemszám következménye is, ugyanakkor az együtthatók értékeinek abszolútértékei rendre csökkenést mutatnak. Ebből az a következtetés vonható le, hogy válsággal érintett időszakban az E. Alap bevételei és a makrogazdasági mutatók közötti összefüggés megszűnik, de legalábbis gyengül.

2.2. táblázat A Regressziós elemzések korrelációs együtthatói (1998-2019)

változó	teljes intervallum	válság alatt	válságon kívül	2011. előtt	2011. óta
br. GDP (HUF)	0,972**	0,756	0,997**	0,969**	0,986**
foglalkoztatottak száma	0,866**	-0,006	0,910**	0,306	0,929**
átlagkereset	0,970**	0,554	0,998**	0,958**	0,985**
K+F ráfordítások	0,964**	0,235	0,987**	0,933	0,968**
gazdaságilag aktívák száma	0,926**	0,043	0,973**	0,907**	0,926**

Forrás: Szerzők.

A válsággal érintett években a gazdaság kiszámíthatatlanul viselkedett, a korábban fennálló makrogazdasági összefüggések felborultak. Ennek okai lehetnek akár a pénzügyi szabályok megváltoztatása és a gazdasági szereplők válsághoz történő alkalmazkodása is. Ide értendő az adóelkerülés jelenségének a megerősödése is. A magyarázó változók között jelentős multikollinearitás van jelen. Emellett mind az öt független változó erős magyarázóerővel bír a független változók értékeire tekintettel, így a GDP változóval indulva további változó bevonása nem indokolt, hiszen nem javítja szignifikánsan a lineáris modell teljesítményét.

Megállapítható tehát az, hogy a makrogazdasági mutatók felhasználásával – a válság éveit leszámítva – jó becslés adható az E. Alap bevételi oldalát leginkább meghatározó legjelentősebb tételnek minősülő a járulékbévételek alakulására.

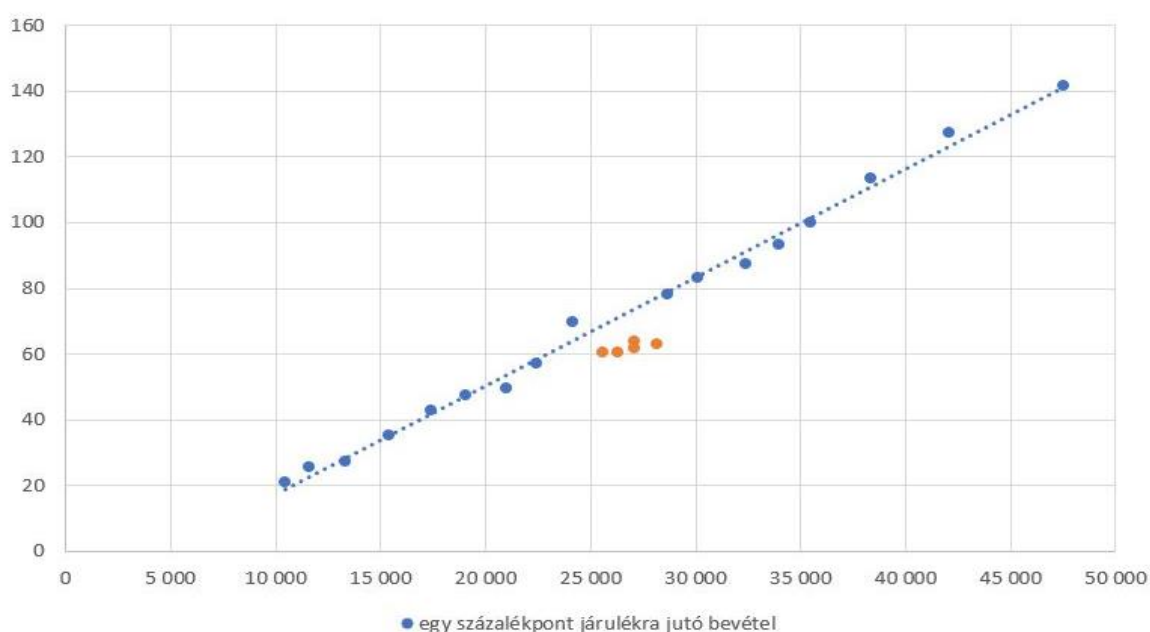
A foglalkoztatottak számát és a bevételi oldalt tekintve a 2011. előtti időszakban nem volt szignifikáns az összefüggés, míg utána egy szignifikáns erős összefüggés alakult ki. Ez vélhetően összefügg a 2011-es adóreformmal, ami céljául tűzte ki a munkából származó jövedelem közterheinek csökkentését, így jövedelem-fehérítést is eredményezhetett. 2011. után a függő változó és a bruttó átlagkereset összefüggése is erősödik, ami szintén alátámasztja az előzőekben levont következtetéseket.

A 7. ábrán egyértelműen kirajzolódik, hogy a GDP értéke és az E. Alap bevétele között lineáris kapcsolat van. Az ábrán berajzolt egyenes a válságok kívüli évekhez tartozó értékekre illesztett egyenes. Grafikusan is kirajzolódik a fent megfogalmazott állítás, miszerint a válság éveit esetén az összefüggés felborul ezen két változó esetén is, majd a

válság elmúltával az értékek visszahelyezkednek az eredeti egyenesre, újból megjelenik a válság előtti tendencia.

Az E. Alap szerkezetét szerzőtársaink korábbi tanulmányokban is már elemezték (Dózsa et al, 2003., Szigeti, 2009., Evetovits és Szigeti, 2011.), mely keretében főleg a munkáltatói és munkavállalói járulék bevételi arányának változását, valamint a munkaalapú jövedelmek és az általános adóbevételek arányának változását vizsgálták, főként hazai vonatkozásban, kisebb részben nemzetközi kitekintésben.

2.2.7. ábra Egy százalékpont egyéni egészségbiztosítási járulékra jutó bevétel a GDP függvényében (1998-2019)



Forrás: Szerzők

2.4 Megbeszélés - az egészségügyi finanszírozás strukturális kihívásai, az E. Alap bevételeinek növelésére tett kormányzati intézkedések

Az egészségügyi rendszerek finanszírozása világszerte a szakpolitikai viták egyik központi kérdése. Fontos különbséget tenni: míg számos fejlődő régiókban - Afrika, Dél-Kelet Ázsia, Közép- és Dél Amerika - az alapvető társadalmi szintű ellátórendszer kiépítése a fő feladat, addig a fejlett országokban a fenntartható finanszírozás jelenti a legnagyobb kihívást.

A fejlett világ országai számos finanszírozási nyomás alatt állnak:

1. Elvárások és lehetőségek közötti rés

A társadalmi elvárások és az egészségügyi technológiai lehetőségek közötti „olló” folyamatosan nyílik. A betegek gyors, magas színvonalú, innovatív ellátást várnak el, ami költségoldalon jelentős nyomást jelent.

2. Kínálati oldali technológiai expanzió

A korszerű diagnosztikai eljárások (képalkotás, molekuláris és genetikai vizsgálatok), az innovatív – különösen immunonkológiai és ritka betegségek kezelésére szolgáló – gyógyszerek, valamint a nagy értékű kórházi eszközök költségei a leggazdagabb országok költségvetését is próbára teszik.

3. Demográfiai nyomás

A népesség öregedése, az aktív korú lakosság arányának csökkenése, valamint a 65 év feletti korosztály növekvő aránya tartós keresleti nyomást gyakorol az egészségügyi és a szociális ellátórendszerre.

Az egészségügyi kiadások növekedési üteme több évtizede meghaladja a GDP növekedését, ami tartós finanszírozási feszültséget eredményez.

Az egészségügyi rendszerek típusától függően többletbevétel generáló technikákkal próbálkoznak, amelyek a gazdaságilag aktív korban levők járulécai vagy adóterheinek növelésével járhatnak. A foglalkoztatók is emelkedő társadalmi és finanszírozási elvárásokkal szembesülnek.

Az inaktív, jellemzően nyugdíjas populációtól pedig egyre gyakrabban hozzájárulásokat várnak el az egészségügyi rendszer finanszírozási gondjainak enyhítésére. Németország volt az első fejlett ország, amely a nyugdíjakat adóval terhelte, amelyből részben ápolást biztosított, részben egészségügyi ellátást tett hozzáférhetővé.

A lakosság tehetősebb rétegei pedig kiegészítő magán egészségbiztosítást kötnek, speciális és egyedi igényeiknek kielégítésére. Az OECD-országokban a lakosság 8–14%-a rendelkezik ilyen kiegészítő magán egészségbiztosítással.

Magyarországon is megfigyelhetők a fentebb felsorolt globális trendek és azok hatásai. Az egészségügy rendszerének fő finanszírozási bázisát a jövedelmekhez kötött járulékok teszik ki, amelyeket a foglalkoztatottak fizetnek. A munkáltatók 2012 óta

társadalombiztosítási járulék helyett szochót fizetnek, amelyet a költségvetési törvényben meghatározott arányban osztanak meg a nyugdíj- és egészségbiztosítási alap között. A szochó mértéke az elmúlt évtizedben jelentősen csökkent, ami az egészségbiztosítás forrásoldalán is érzékelhető.

Az inaktív csoportok (nyugdíjasok, gyermekek) ellátását költségvetési hozzájárulás fedezi. Komoly szakmai és eddig megoldatlan feladat a jelzett csoportok tényleges egészségügyi kiadásainak a mértéke és komoly egészségpolitikai adósság, hogy a döntéshozókat nem látták el tényadatokkal, amelyek segítségével a költségvetés megoldaná ill. segítené az egészségügyi rendszer működését.

A magyar egészségügyi rendszer finanszírozási gondjainak enyhítésére számos ötlet és elgondolás született. A fenti strukturális kihívások és hazai finanszírozási sajátosságok adják azt a keretet, amelyben az E. Alap bevételeinek növelésére tett kormányzati intézkedések értelmezhetők.

A megbeszélés két fő részből áll. Egyrészt a hazai kormányzati intézkedések részletezését mutatjuk be, áttekintjük az adók és járulékok forrásképzésben betöltött szerepét, valamint a hasonló témakörben készült korábbi hazai makrogazdasági elemzéseket.

Másrészt nemzetközi kitekintésben néhány ország példáját tárjuk fel, melyekben a TB-i rendszer hasonló irányítási és forrásszerkezeti változáson ment át, mint Ausztriában vagy Franciaországban. Valamint egy-egy ország példáján keresztül megvizsgáljuk az egészségügyi forrásképzések regionális lehetőségeit és a közteherviselés korosztályos eloszlását.

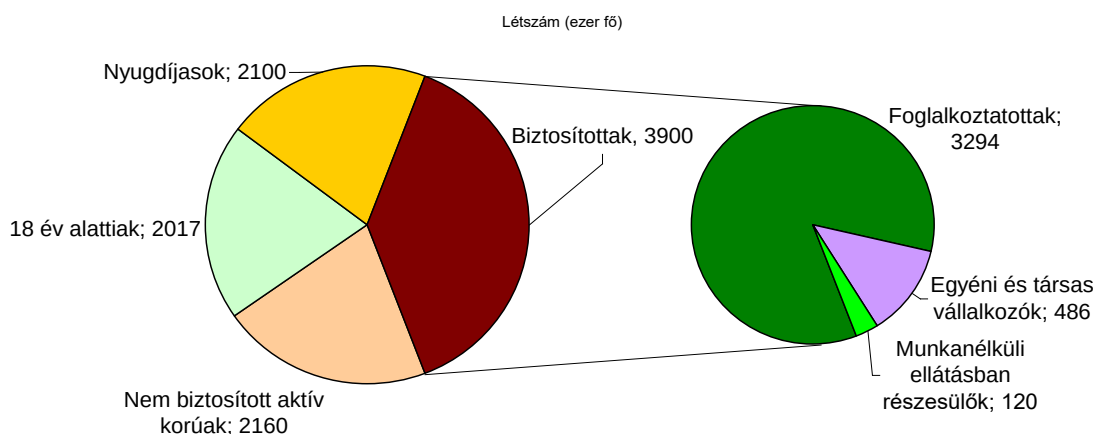
A fenti eredményeket összevethetjük más hazai szerzők munkájával és főbb megállapításaival. Ezek közül jelen cikkben kiemelnénk Kiss Reppa 2010-es cikkét a költségvetési tételek és a makrogazdasági változók közötti rugalmasság vizsgálatáról. Erdős Tibor munkáját (Erdős, 2014) a gazdasági mutatók, adózás és járulékbefizetések kapcsolatáról, valamint Vakhal Péter és Vékás Péter (Vakhal, Vékás, 2021) tanulmányát, mely kimutatta az SZJA és a járulékok szoros összefüggését a GDP arányos feketegazdasággal.

2.4.1 Jogviszony-ellenőrzések szigorítása a társadalombiztosítás rendszerében

Jogviszony ellenőrzés 1.0 a 2005. évi 100 lépés program keretében

2007. április 1-től bevezetésre került a szigorú és rendszeresen felülvizsgált **jogviszonyhoz kötött egészségügyi ellátás** rendszere, a saját jogon nem biztosítottak és alanyi jogon nem jogosultak után az állam előírta a megállapodás alapján kötelező havi befizetést. Ezt az intézkedést a TAJ és biztosítotti, jogosulti nyilvántartások nagyon alapos elemzése előzte meg még 2005. év folyamán. A lakosság száma 2005-ben 10,1 millió fő volt, amelyre 3,7 millió járulékfizető jutott, a TAJ kártyák száma pedig, 10,2 millió volt.

2.2.8. ábra A magyar lakosság TB jogviszonyának szerkezete 2004-ben



Forrás: Szerzők

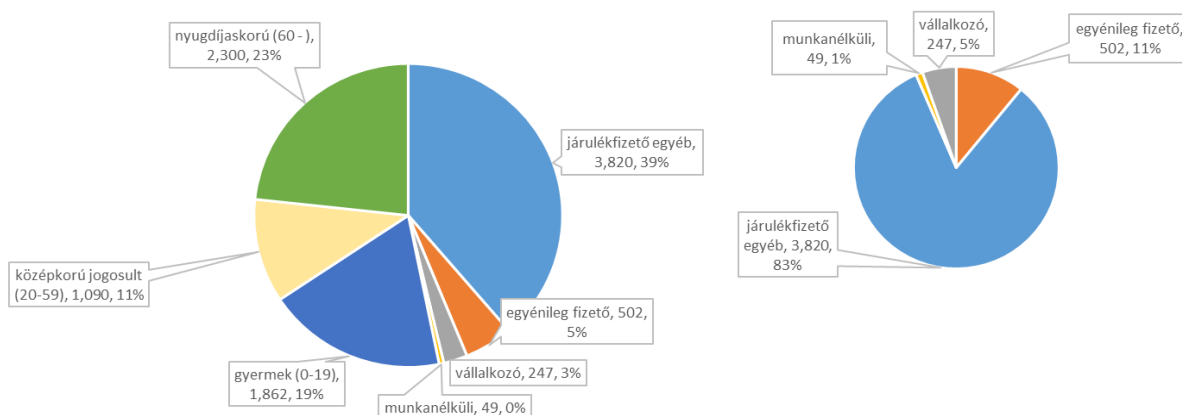
Az intézkedés célja az volt, hogy a biztosítottak és az egészségügyi szolgáltatók fokozatosan átállhassanak a valódi biztosításon alapuló egészségügyi rendszerre, illetve a kevésbé tudatos szemlélet megváltoztatása. Fontos, hogy a lakosság tisztában legyen vele, hogy az egészségügyi szolgáltatások nincsenek ingyen, a jogosultságot járulékfizetéssel (vagy egyéb módon) meg kell szerezni.

A lakosság közel 8 %-a nem szerepelt jogosultként az OEP nyilvántartásában, a „potyautasok” számát 400-500 ezerre becsülték, ők jogviszonyukat rendezhették. **2007. december 31-ig volt türelmi idő** a jogviszony tisztázására, **2008. január 1-jétől viszont szigorításra** került az egészségbiztosítás ellátásaira irányuló jogosultsági rendszer.

A jogviszony hiánya esetén az OEP köteles átadni a biztosítási jogviszonnyal nem rendelkezők adatait az állami adóhatóságnak, amely szerv vizsgálatot kezdeményezhet és az elmaradt egészségügyi-szolgáltatási járulékot – a mulasztás szankcióival együtt – az

elévülési idő figyelembevételével behajtja. Az alábbi ábrában látható, hogy 2021-re hogyan változott meg a hazai lakosság egészségbiztosítási jogviszony szerkezete.

2.2.9. ábra A magyar lakosság TB jogviszonyának szerkezete 2021-ben



Forrás: Szerzők

A foglalkoztatottsági ráta jelentős növekedése, a munkanélküliség alacsony szinten tartása és végeredményben a GDP növekedése révén 2019. évre sokat javult a biztosított/jogosulti ráta. 2019. évre a saját jogon vagy megállapodás alapján biztosítottak, egyéni vagy társas vállalkozók és a munkanélküliségi járadékban részesülők száma (4,6 millió fő, 46,5%) megközelítette az egyéb jogviszonnyal rendelkezők számát (5,25 millió fő), mely biztosított arány még a COVID-19 pandémia 2020-2021. évei során sem esett vissza számottevő módon (46,0%).

2019-2021: Jogviszonyellenőrzés 2.0 Új Társadalombiztosítási jogviszony - TbJ.

Szabályozás

Az Országgyűlés 2019. december 11-én megszavazta a *társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről* szóló CXXII. törvényt, az ún. új Tbj-t. A törvény célja, hogy tiszta és átlátható rendszer jöjjön létre, amelyben nem fordulhat elő, hogy valaki hónapokig rendezetlen jogviszonnyal rendelkezzen. A törvény szerint továbbra is teljes körű ellátásra jogosultak a gyermekek, a diákok, a nyugdíjasok, a gyedben és gyesben részesülők, a biztosított munkavállalók, mindazok, akik eddig is jogosultak voltak (a jogosultak körét a 22. § sorolja fel).

Kiemelten fontos rendezni a TB jogviszonyt: évente körülbelül 8 millióan veszik igénybe az ellátást, és a járulékot 320 ezren fizetik maguk után, sokan viszont nem tesznek eleget ennek a kötelezettségnek, 2019. szeptemberében például 75 ezren próbálták

jogosulatlanul igénybe venni a rendszert, illetve még mindig több munkáltatónál probléma, hogy nem jelentik be a dolgozókat. A rendezett jogviszony azt jelenti, hogy biztosított, vagy kizárólag egészségügyi ellátásra jogosító alap jogviszonyban áll valaki, és ez szerepel az egészségbiztosító NEAK jogosultakról vezetett nyilvántartásában, a NAV küld értesítést a fizetés elmaradásáról. A törvény szerint az egészségügyi szolgáltatási járulék megfizetésének 6 havi elmaradását követően megszűnik az érintettek jogosultsága a közegészségügyi szolgáltatások igénybevételére.

Újabb változásként a Kormány javaslatára a Parlament 2020. júliustól egységes, 18,5 %-os tb-i járulékkulcsot határozott meg (ebből eredetileg 7% pont az E. A-ot illeti meg). Egészségügyi szolgáltatásra jogosult a biztosított a jogviszony fennállása alatt + a megszűnést követő 45 napig. Az a belföldi személy, aki nem biztosított és egészségügyi szolgáltatásra a 22. § szerint sem jogosult, köteles a járulékot maguk után megfizetni. A jogviszonyt nem lehet visszamenőlegesen rendezni, de bármikor ki lehet fizetni az elmaradást egy összegben is. Fizetni a 46. naptól kell megállapodás alapján havi 8,0 ezer Ft egészségbiztosítási szolgáltatási járulékot (Tbj 43. §), mely fix havi összeg évente inflációt követő módon emelkedik (2022-ben már 8,4 eFt, 2023-ban már 9,6 eFt).

A Népegészségügyi termékadó bevezetése 2011-ben és fokozatos kiterjesztése a lakosság egészségi állapota szempontjából – a dohány- és alkoholfogyasztás, valamint a levegő magas szennyezettsége mellett – kiemelkedő jelentőségű a túlsúly és az elhízás komplex problémája. A WHO e három területet tekinti a népegészségügy szempontjából a legfontosabb megoldandó kihívásnak. Sajnálatos módon Magyarországon a lakosság megközelítőleg kétharmada túlsúlyos vagy elhízott, míg a 18 év alatti populáció körében mintegy 20% ez az arány.

Fentiek miatt, illetve fiatal korosztály védelme érdekében született meg az áttörésjellegű, innovatív szabályozás, amely eredetileg a magas só- és cukortartalmú termékekre, valamint az energiatitalokra terjedt ki. Az adó bevezetését a fejlett országok akadémiai világa is jelentős áttörésnek értékelte, hiszen számos más fejlett európai uniós ország számára adott egy jelentős lökést a bevezetéséhez - a jelentős ipari érdekekkel szemben.

A Népegészségügyi termékadó (**NETA**) 2011. szeptember 1-je óta hatályos adónem Magyarországon, melyet az állam adóbevételeinek növelésén túl azzal a szándékkal vezettek be, hogy az népegészségügyileg nem hasznos élelmiszerek fogyasztása csökkenjen. Az adónemet a NETA-ról szóló 2011. évi CIII. törvény vezette be. A

termékadó célja, hogy a gyártókat rákényszerítse az egészségeteken receptúrák megváltoztatására, előre mozdítsa az egészséges táplálkozást, javítsa a népegészségügyi célú programok finanszírozását.

Az adó 2011-es bevezetését követően ezek a folyamatok ténylegesen megfigyelhetők voltak: csökkent az egészségre káros, magas cukor- és sótartalmú termékek (pl. cukros üdítők, sós snackek) fogyasztása. A termelők módosították termékeik összetételét, és számottevő többletbevétel keletkezett az E. Alapban.

Követendő példává vált az Európai Unióban a NETA, amit az Emberi Erőforrások Minisztériuma – mint jó gyakorlatot – 2018 szeptemberében nyújtott be elbírálásra az Európai Bizottságnak. A brüsszeli testület 2019 nyarán ismerte el a létjogosultságát azzal, hogy felvette az adatbázisába.

Az alábbi táblázatból jól látható, hogy jelentős emelkedés figyelhető meg az első teljes év adóbevételéhez képest.

2.3. táblázat A Népegészségügyi Termékadó alakulása 2011-2017, (Mrd Ft)

Év	Mrd Ft
2011	3,4
2012	20,0
2013	20,2
2014	23,4
2015	26,30
2016	26,7
2017	31,8

Forrás: Zárszámadási törvény

Az elmúlt években nem csak az érintett termékek köre bővült, de a chipsadó mértéke is fokozatosan nőtt. Így ebből az adófajtából 2018-ban 40,6, 2019-ben 52,7, 2020-ban pedig 78 Mrd Ft folyt be a költségvetésbe, amelyet teljes egészében az egészségügyi kiadásokra fordítanak.

Sajnálatosan a bevezetés utáni időszakban részletezett adatok még nem álltak rendelkezésre, de 2018-tól a következő táblázatban láthatóak termékkategóriánként a befolyt összegek. Megállapítható, hogy előbb az alkohol különböző formái, majd az alkoholos italok – amit legnagyobb arányban fogyasztanak – bekerültek a törvény hatálya alá és a legmagasabb részesedést képviselik.

2.4. táblázat Népegészségügyi termékadó alakulása termékkategóriánként 2018-2014 (Mrd Ft)

	Cukros üdítő	Energiaital	Sós snack	Cukrozott édesség	Alkoholos ital	Egyéb (dzsem, ételízesítő)	Összesen
2018	4,1	2,0	2,2	10,3	16,4	2,0	41
2019	4,4	2,2	11,0	12,1	23,1	2,2	55
2020	4,6	2,3	11,6	12,8	24,4	2,3	58
2021	5,3	3,0	13,2	14,5	27,7	2,3	66
2022	6,2	8,0	15,4	16,9	26	4,5	77
2023	7,0	10,0	17,0	18,0	28,0	5,0	85
2024	7,5	11,0	18,0	19,0	30,0	5,0	91

Forrás: Pénzügyminisztérium, NAV

A NETA-bevételek belső eloszlása az alábbiak szerint alakult 2021-ben: az összes befizetett közteher 32%-át az előre csomagolt cukrozott készítmények, további 32%-át az alkoholos, 12%-át a sós snackek, 7%-át pedig az energiaitalok tesznek ki.

A NETA-nak köszönhetően sikerült 95 ezer egészségügyi dolgozó bérét megemelni 2019-ben. 2020-ra 184 Mrd forinttal több forrás érkezett az egészségügyi ágazatba (a termékadó egy fontos, innovatív eszköze annak, hogy ezek a többletforrások rendelkezésre álljanak).

Fontos megemlíteni, hogy a törvény számos belső aránytalanságot tartalmaz. Szakmailag nehezen indokolható, hogy azonos mennyiségű sós vagy édes termék, illetve üdítőital fogyasztása közül melyik okoz nagyobb egészségkárosodást.

A sós termékek adóterhelése közel háromszorosa a cukros üdítőkének, ami jelentős belső aránytalanságra utal, és szakpolitikai szempontból felülvizsgálatot indokol.

Egészségpolitikai szempontból megfontolandó, hogy az új típusú dohánytermékek – az alkoholos italokhoz hasonlóan – az adó hatálya alá kerüljenek, különös tekintettel arra, hogy a fiatalok körében emelkedett az elektromos cigaretták és a hevített dohánytermékek használata. Ez a tendencia ellentétes a nemzetközi trendekkel: míg a fejlett országokban csökken a dohányzás prevalenciája, hazánkban az elmúlt időszakban növekedés volt tapasztalható.

2.4.2 A Baleseti adó bevezetése 2011-ben majd kivezetése 2019-ben

Ismert tény, hogy a közlekedés intenzifikálódása a balesetek révén jelentős egészségügyi kiadásokat generál. A károkozás jellegére tekintettel került bevezetésre – külföldi példák hatására is - a baleseti adó 2012-ben, amelyet 2018-ig kellett a kötelező gépjárműbiztosítási díjjal (KGFB) együtt negyedéves vagy éves gyakorisággal megfizetni. Korábban is volt egy tárgyalásos egyezkedés a biztosítók képviselői és az OEP között. Ennek alapján a biztosítók részéről jóval kisebb összegben, de történt befizetési az gépkocsivezetők által okozott károk mérséklésére.

A biztosítás összegének 30%-t tette ki, a biztosító továbbította az államháztartás felé. Ugyanolyan időszakra kellett megfizetni, mint a KGFB-t. A KGFB nem fizetése esetén a biztosítás megszűnhet, ha valaki kevesebbet fizet, akkor a baleseti adó mértékét továbbítani kell az államnak, a hátralék kapcsán a biztosítónak kára keletkezik. Ezt az adóbevételt eredetileg évi 30 Mrd Ft-ra tervezték, a 2012-es bevétel 18,0 Mrd Ft, a 2014-es bevétel 23,8 Mrd Ft volt, a baleseti adó utolsó teljes évében, 2018-ban az ebből származó bevétel: 43,3 Mrd Ft volt.

2.4.3 Egyéb intézkedések az E. Alap bevételeinek növelésére

Még további A munkáltatói 1/-3-os táppénz bevezetésével a keresőképtelenség első 15 munkanapját (betegszabadság), követő táppénz kapcsán **a munkáltatónak 1/3 hozzájárulási kötelezettsége** lett, melyet 1996-ban vezettek be. Az ebből származó E. Alap bevételek természetesen szorosan kötődnek a táppénzkiadásokhoz, nagyságrendjük 15-25 Mrd Ft között alakult az elmúlt 10 évben. (2014-be, 17,1 Mrd Ft),

Az egészségügyi szolgáltatásokra szolidaritási elv alapján jogosultak ellátásai pénzügyi fedezetének biztosítása és az arányos közteherviselés elvének érvényesítése érdekében az 1998. évi LXVI. törvénnyel bevezetésre került az **egészségügyi hozzájárulás (EHO)**.

A minden foglalkoztatott után kötelezően fizetett havi fix összegű, ún. **Tételes EHO** 1997-től kezdve éveken át az E. Alap egyik legnagyobb bevételi forrását képezte, összegét több alkalommal is emelték, 2001 és 2002-ben már havi 4500 Ft/fő volt. Az ebből származó bevételek több évben is elérték a 200 Mrd Ft-ot, és ezzel meghaladták az E. Alap bevételének 10%-át (2001-ben a tételes 180 Mrd Ft + 15,4 Mrd Ft %-os).

Végül ezt a célzott bevételi formát 2010-ben megszüntették. Ugyanakkor megmaradt az ún. **Százalékos mértékű EHO**, melynek vetítési alapja évről évre kibővült, 2014-ben az ebből származó bevétel már elérte a 153,0 Mrd Ft-ot. 2019-től az EHO helyett szociális

hozzájárulási adót kell fizetni. 2019-től egységesen egykulcsos, 2022. január 1-től 13 százalékos mértékű adó terheli az egyes jövedelemtípusokat.

A nem fizető jogosultak után forrásteremtés egyik visszatérő célpontja volt a kormányzati intézkedéseknek. Már a kilencvenes évek végén bevezetett egészségügyi hozzájárulás – mint adótípusú forrásteremtési eszköz – is ezt a célt szolgálta. 2006-ban egy újabb eszközként „nemzeti kockázatközösség” címén a központi költségvetés előre tervezetten adókból származó forrástranszfert kezdett nyújtani a nem biztosított, de egészségügyi ellátásokra jogosult társadalmi csoportok után. Például nyugdíjasok, diákok vagy fogvatartottak. Az intézkedés többletbevételt gyakorlatilag nem hozott az Egészségbiztosítási Alap számára, de jelentősen mérsékelte az éves pénzügyi hiányt, amely elsősorban az egyre kisebb járulékbévételek miatt alakult ki: az egészségügyi társadalombiztosítási munkáltatói járulékok folyamatosan mérséklésre kerültek a munkaerőpiaci helyzet javítása érdekében. Érdekes azt is megjegyezni, hogy a foglalkoztatás ténylegesen csak 2010 után kezdett javulni sok más tényező hatására is.

A 2006. évi XCVIII. törvény *a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól* (további: Gyftv.) törvény értelmében 2007. óta törvényi alapú befizetési kötelezettség (ún. clawback mechanizmus), terheli a gyógyszergyártókat mely egyfajta ágazati különadónak tekinthető. Az adó mértéke jelentős változáson ment keresztül: a kezdeti 12%-os 2011-től 20%-ra emelték, majd 25%, átmenetileg, 40%-ra, jelenleg (2025 évben) ismét 20%-os. Az adó vetítési alapja a közforgalmú gyógyszerátarkban értékesített gyógyszerkészítmények után a gyártókhöz befolyt TB támogatás havi / éves összege. Az adó mértékét az OEP, majd a NEAK számította ki. Ennek előzménye volt 2004-2006. időszakában létező a kormány és a gyógyszergyártók szövetségei közötti éves megállapodás alapján történő visszafizetés, mely jóval kisebb összegű volt, és csak hosszadalmas tárgyalások után lehetett érvényesíteni):

- a TB által támogatott készítmények forgalmának induláskor 12%-át a gyógyszeripar vissza kell fizesse;
- a gyártóknak orvoslátogatói díjat kell fizetniük;
- ár-volumen-megállapodás (támogatás-volumen szerződések) keretében történő befizetések;

- a gyógyszerkassza túllépése esetén a többlet 10 %-ig megosztva az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és a gyártók közösen fizetik a többletet, ezen felül ez csak a gyártókat terheli.

A gyógyszergyártó és forgalmazó cégektől származó bevételek együttes összege 2021-ben már elérte a 97,6 Mrd Ft-ot (!), melynek a legnagyobb részét a Gyftv. alapú gyógyszergyártói és forgalmazói befizetésekkel kapcsolatos bevételek teszik ki (59,5 Mrd Ft), kisebb részét pedig Szerződések szerinti gyógyszergyártói és forgalmazói befizetések (38,0 Mrd Ft).

Az alábbi ábra kilenc EU tagállam gyógyszergyártói befizetéseinek jellemzőit mutatja be, és látható, hogy az ún. claw-back mechanizmusok mennyire elterjedtek más EU-s országban is. A visszafizetési mechanizmusok nehézségeiről írtak átfogó tanulmányt görög szerzők (Lestios, 2023).

2.5. táblázat Gyógyszergyártói visszafizetési technikák az európai országokban

Modalities	Belgium	Latvia	Hungary	France	Portugal	Romania	Greece	Poland	Italy
Scope	Global target-budget	Global target-budget	Global target-budget	Global target-budget and growth rate	Global target-budget	Global target-budget	Global target-budget	No specifics, as only recently legislated	Global target-budget
Tax base	Annual approved budget	Annual approved budget	Annual approved budget	A predetermined turnover rate is set for each producer.	Annual approved budget	Annual approved budget	Annual approved budget	n.a.	n.a.
Tax rate	Industry pays only part of the consumption excess.	Industry pays only part of the consumption excess.	Industry pays 100% excess consumption when budget exceeded by 10%.	3 thresholds ranging from 50 to 70% payback growing with excess consumption	Around 70% payback above budget allocation	100% payback above budget allocation	100% payback above budget allocation	n.a.	Industry pays 40% excess consumption
Differentiated tax rate	n.a.	Market share	Market share	A predetermined turnover rate is set for each producer (market share and growth)	Market share and growth	Market share	Market share	n.a.	Market share and growth
Payback period	n.a.	Quarterly	n.a.	n.a.	Annually	Quarterly	Bi-monthly	n.a.	n.a.
Ceiling value	No	Company payback limit of LVL 1.000.000	n.a.	No	No	No	No	n.a.	n.a.
Exemptions	Generics exempted.	n.a.	No	Innovations, generics, orphan pharmaceuticals	No	No	No	n.a.	n.a.

Forrás: European Commission (2012).

2.4.4 Nemzetközi kitekintés – adók és járulékok jelentősége az egészségbiztosítási rendszerek forrásképzésében

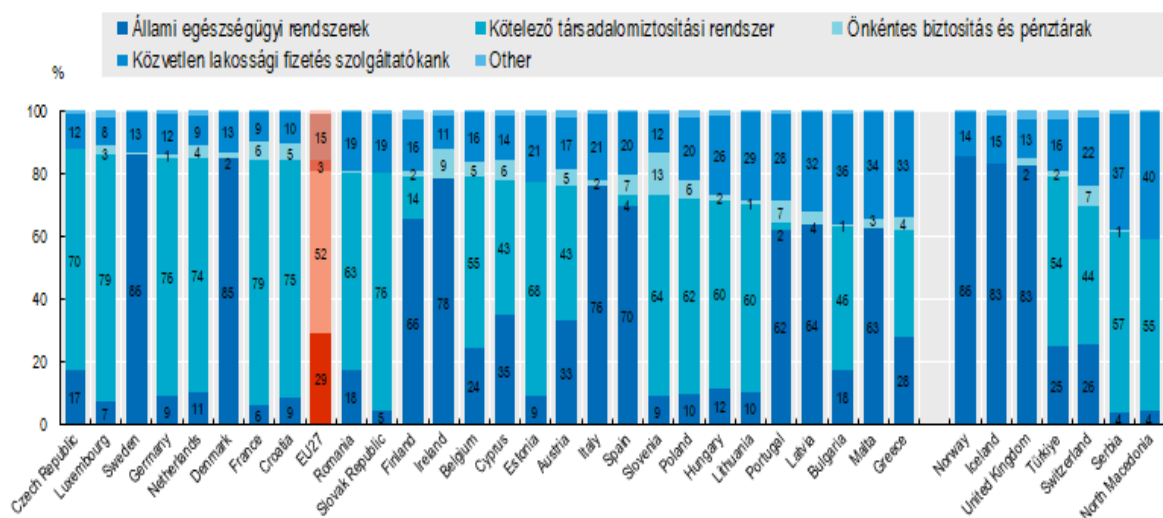
Ebben az alfejezetben kitekintünk néhány másik ország gyakorlatára arra vonatkozóan, hogy milyen jellemző intézkedéseket tettek az elmúlt évtizedekben az egészségügyi és egészségbiztosítási források megfelelő összegének előteremtése érdekében. Az OECD adatok alapján az látszik, hogy számos másik ország is jelentősen átrendezte a bevételi

forrásait, és növelte az adóbevételek arányát szemben a munkajövedelem alapú egyéni és munkáltatói járulékokkal szemben.

Az egészségügyi hozzáférés biztosítására és az egészségügyi piacok zavarainak a korrekciójára az európai országok kormányai a TB-i intézményrendszert kezdték támogatni és megerősíteni a XIX.sz. végétől kezdve, majd a XX.sz. első felében. Az állami szerepvállalás alapvetően a szabályozás eszközhöz nyúlt, és a beavatkozás a TB-i jogviszony kötelezővé tételét jelentette kiemelt foglalkozási csoportokban. Az állami szabályozás egész pontosan a forrásteremtésre és a szolgáltatásvásárlás módjaira irányult a kialakuló TB-i rendszerekben. A létrehozott irányító intézmények a munkavállalók és a munkaadók által delegált igazgatóságok kezében vannak, azaz az állami beavatkozás csak közvetetten érvényesült. Az egyéni jogviszonyt megalapozó járulékfizetési rendszer a havi bérjövedelemhez igazodott, emellett pedig a közvetlenül járulékot nem fizető csoportok különböző jogcímeken keresztül kaphatnak jogosultságot.

A XX. század második felétől az állami egészségügyi rendszerek fokozatosan egyre nagyobb teret nyernek. Elsőként az angol Állami Egészségügyi Szolgálat (National Health Service: NHS) került megszervezésére, majd ezt a példát követték az 1950-es évek során a skandináv, majd az 1970-80-as évektől a mediterrán országok. Ebben a rendszerben az állami beavatkozás már nem csak a szabályozás eszközeit használja, hanem mind az állam a finanszírozási, mind a szolgáltatást nyújtó intézmények közvetlen irányítását és szervezését közvetlenül végzi el.

2.2.10. ábra Az Európai Unió egészségügyi rendszerei finanszírozás (kifizetés) módja szerint a kiadások %-ban, 2020 vagy a legközelebbi év



Forrás: OECD Health at Glance, 2022

Az NHS-es rendszerekben a Kormányok az általános adóbevételekre alapozzák a forrásteremtést. Az adó megfizetése nincs összefüggésben a szolgáltatásra jogosultságra. A következő 10. ábrán az látható, hogy az EU országokban továbbra is túlnyomó többségben a tb-i rendszeren keresztül vásárolják az egészségügyi szolgáltatásokat. Kétségtelen tény, hogy sok országban az NHS lett a meghatározó megközelítés a szolgáltatások vásárlására és nyújtására.

Fontos megemlíteni azt is, hogy az elmúlt években meghatározó nemzetközi szakértők köre különösen a fejlődő országokat egyre határozottabban arra figyelmeztetik – az egyetemes egészségügyi hozzáférést kiterjesztő állami beavatkozásaik kapcsán –, hogy ne a járulékot válasszák forrásteremtési eszközként, hanem mozduljanak inkább az adó irányába (Yazbeck, A et al, 2020). A járuléktól és a bért közvetlenül terhelő egészségügyi adóktól való elfordulásra tett javaslatukat átfogóan az egyetemes egészségügyi hozzáférés és a költségteher elleni védelem szempontjaival támasztják alá.

Még pontosabban a következő érveket hangsúlyozzák. Egyrészt az adók alkalmazásával jóval szélesebb forrásteremtési alapot lehet képezni az egészségügyi rendszerek számára, szemben a gazdasági és a munkaerőpiaci ingadozásoknak sokkal inkább kitett járulék rendszerrel. A szélesebb jövedelemalapon keresztül, például ingatlan és tőkejövedelmek bevonásával, hatásosabb lehet a forrásteremtés az egyetemes egészségügyi hozzáférés megvalósítására. Másrészt belátható, hogy a jövedelemhez kötődő befizetések – különösen a kis- és közepes vállalkozások esetén – akadályt jelenthetnek a foglalkoztatás bővítésében. Harmadrészt az európai kultúrkörben elfogadott igazságossági elv a progresszív teherviselést vár el, azaz azt, hogy az állampolgárok a nagyobb jövedelmükből arányosan nagyobb teherrel járuljanak hozzá a társadalmi szolidaritást megvalósító intézményrendszerek működtetéséhez. A tb-i rendszerekben külön problémát jelent a rendszeres jövedelemmel nem rendelkezők, és a létező jogosultsági címeken keresztül jogosultsággal nem rendelkezők hozzáféréseinek biztosítása a tb-i rendszerekben. Ez a jelenség Magyarországon sem elhanyagolható probléma. Végül az egyéni járulékbeszedés és nyilvántartás adminisztratív nehézségeit hangsúlyozzák. Ezek a szakértők a fejlődő országokban inkább az adórendszer általános megerősítésében látják a fejlesztési irányokat és óvatosságra intenek a kisebb arányú – bérből élő - társadalmi csoportokat bevonni képes járulékrendszerekről, amelyek fokozhatják a hozzáférés kapcsán az egyenlőtlenségeket – még akkor is, ha ez egyébként az egyetemes egészségügyi hozzáférés javulását jelenti szűkebb társadalmi csoportok számára.

Magyarországon az adótranszferek növelése elsősorban a kieső járulékbévételeket helyettesítették. Az egymást követő kormányzatok alapvetése volt a munkaerőpiaci politikák hatásosságát a béreket terhelő járulékszint csökkentésével kell elérni. Valójában egy forráscsere történt a járulék és adók között, miközben hazánkban a GDP arányos egészségügyi közkiadások változatlan szinten maradtak az elmúlt évtizedben (4,4-5,3% között ingadozva).

Az állami adóztatás kétségkívül rendkívül sokféle módon történhet, ezért rendkívül széles a mozgástér az állam számára a terhek elosztásában. A beszedett adókat az állam közvetlenül felhasználhatja az egészségügyi intézmények és szolgáltatók finanszírozására. Ilyen megoldás például Ausztriában a kilenc regionális egészségügyi pénzügyi alap, amelyek a kórházak finanszírozásában meghatározó szerepet játszanak. Rendelkezésre állhatnak a tb-i alapok számára címzett adóbevételek is.

Magyarországon, például a támogatott gyógyszerforgalom után adót fizetnek a gyógyszergyárak az E. Alap számára, és ilyen a NETA is. Az állam alkalmazhat még úgynevezett adótranszfereket is, amikor a központi költségvetés közvetlenül adóbevételeket utal át az Egészségbiztosítási Alap számára. Ezzel teremtenek forrást például így az önmagunk után járulékot nem fizető, de egészségügyi szolgáltatásra jogosult társadalmi csoportok számára. Végül Franciaországban is Magyarországhoz hasonlóan adótranszferekből fizetik a pénzbeli ellátásokat.

Az elmúlt években az egészségügyi kiadások számbavétele kapcsán a nemzetközi szervezetek szakmai együttműködése arra is irányult, hogy a KK-tól az egészségbiztosítási alapok számára átutalt adótranszfereket pontosabban ki tudják mutatni. Ezen keresztül világosan meghatározható, hogy az egészségügyi rendszerek források tekintetében milyen mértékben támaszkodnak adóra vagy járulékra vagy azok kombinációjára.

2.6. táblázat Az adófinanszírozás mértéke a TB-i rendszerekben a kiadások %-ban

Országok	2005	2010	2015	2019	2020	2021
Austria	8	10	9	15	16	
Belgium	39	42	35	31	42	
Bulgaria	37	44	33	36	37	
Croatia	6	15	13	14	23	
Cyprus	26	22	22	31	40	
Czech Republic	23	24	24	22	27	
Estonia	7	7	5	13	21	
Finland	43	43	41	64	54	
France	29	29	29	38	40	
Germany	7	12	9	8	9	
Greece	35	34	18	41	27	
Hungary	40	66	71	65	62	
Ireland			0	0	0	
Italy	0	0	0	0	0	
Lithuania	34	49	32	31	33	
Luxembourg	36	36	40	40	40	40
Netherlands	0	0	0	0	0	
Poland	9	10	2	2	1	
Portugal	40	40	40	35	35	
Romania	6	24	17	21	29	
Slovakia	30	39	33	24	23	
Slovenia	4	4	3	5	5	
Spain	19	19	35	17	40	

Forrás: WHO, 2022, Global Health expenditure database

A pontosabb módszertani kimutatások alapján jól látható, hogy a kiadások alapján TB-i rendszerek egyes országokban valójában erőteljesen elmozdultak az adófinanszírozás irányába (Szigeti, S et al, 2019). Tanulmányukban nemzetközi szinten is jelentős lépést tettek az adótranszferek pontosabb kimutatása érdekében. Következtetésük szerint az elmozdulás mértéke Magyarországon különösen jelentős mértékű. A következő 3. táblázatban bemutatjuk az adófinanszírozás növekedését a TB-i rendszerekben vagy alrendszerekben a WHO kimutatása szerint azokban az országokban, ahol az új módszertan szerint kimutatták az adófinanszírozás arányát a tb-i rendszerekben vagy alrendszerekben.

A 3. táblázatból az is látható, hogy a tb-i rendszereket működtető országokban – Ausztria, Belgium, Csehország, Franciaország, Magyarország, Románia, Szlovákia -az adók szerepe igen jelentős az egészségbiztosítási alapok forrásteremtésében. Vannak olyan országok is, ahol az adók szerepe még mindig alacsony, ilyenek Hollandia, Lengyelország és Németország. Néhány országban, ahol jelentős az adók aránya, az

elmúlt években egy jelentős további növekedést is megfigyelhattunk (Ausztria, Franciaország, Horvátország, Románia). Ennek a növekedésben a COVID világjárványnak is lehetett szerepe, de egyes országokban ez egy több évtizede tartó folyamat.

A következőkben tekintsünk rá néhány ország példájára. Franciaországban például – több mint harminc évvel ezelőtt - a kilencvenes évek közepétől alkalmaznak az egyéni bérjövédelmet terhelő járulék helyett a szélesebb egyéni jövedelemfajtákat kombináltan terhelő egyéni adóztatási formát (Chevreul et al. 2015). Az adóztatás bevezetésével elvárás nyilvánvalóan a francia egészségügyi rendszer növekvő kiadásainak, továbbá a szigorúan vett igazságossági szempontok biztosítása volt. A rendszerszintű teljesítményértékelések azt mutatják, hogy az egyetemes hozzáférést nagyon magas szinten tudták így biztosítani, és az egyenlőtlenségeket is jelentősen mérsékeltek (Country Health Profile, 2021, Chevreul et al. 2015).

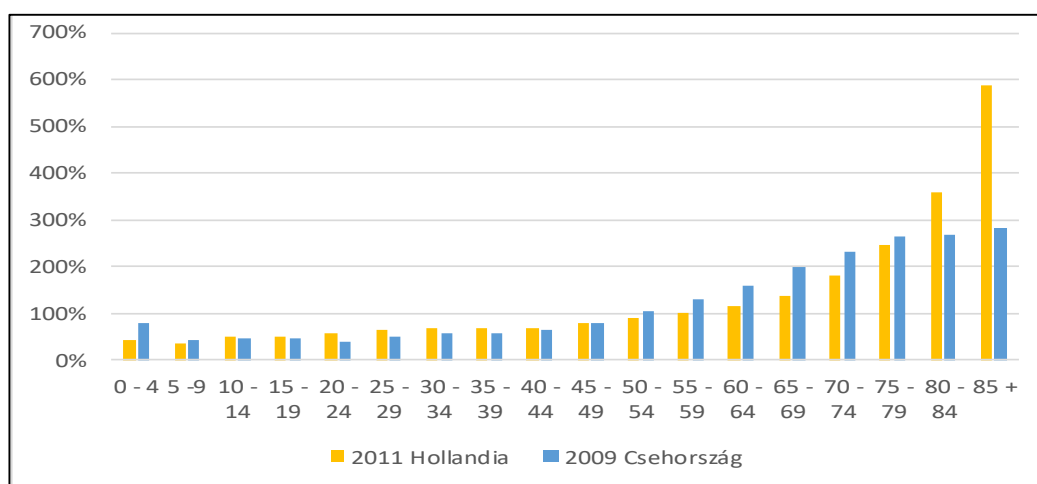
Ausztriában a kórházak finanszírozása mellett a krónikus gondozás megnövekedett igényeit is adókból finanszírozzák (Bachner et al, 2018). Érdekes még megjegyezni, hogy mind Franciaországban, mind Magyarországon megfigyelhető az irányítási rendszer állami kézbe történő vétele az adózási források megemelkedésével párhuzamosan történtek. Magyarország esetében egy viharos gyorsasággal lejátszódó államosítást láthattunk, míg Franciaországban az állam és az érdekképviselők között egy jóval fokozatosabban átalakulást láthatunk az irányítási rendszerben. Ugyanakkor nem kérdés, hogy a tb-i rendszert ma már Franciaországban is a kormányzat közvetlenül irányítja.

2.4.5 Aktív-inaktív arány és potenciális közteherviselés regionális és korosztályos megközelítésben

Az aktív és inaktív korosztályok létszámának változása, az arányaik egymáshoz képest történő eltolódása vagy egyszerűbben a népesség öregedése az egészségügyi ellátórendszer finanszírozását kettős nyomás alá helyezi. A forrásoldalon az aktív korú népesség arányának csökkenése a teljes népesség egészségügyi ellátásához szükséges járulékok befizetőinek arányát csökkenti. Ha a járulékfizetők aránya csökken, akkor az országos egészségügyi kiadások változatlan nagysága mellett is csak növekvő járulékokkal vagy egyre nagyobb adóhányaddal tartható fenn az egészségügyi finanszírozásának egyensúlya. De a bérnövekedés és az egészségügyi kiadások inflációjának hatásától most eltekintünk.

A népesség elöregedéséből származó másik nyomás a különböző korosztályok ellátására kifizetendő egy főre jutó kiadások növekedése. Az életkor előre haladtával, de különösen 50 éves kor után egyre magasabb az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagysága. A nemzetközi összehasonlításban korlátozott azon országok száma, amiknek az adatai elérhetők ilyen bontásban. Az OECD statisztikaiból viszont mégis ki lehetett választani két modellértékű országot – Hollandiát és Csehországot – amiknek az adatai életkor szerinti bontásban kiszámolhatók. Két modellről azért beszélhetünk, mert a német rendszerhez hasonló egészségügyi rendszert működtető Hollandiában az egészségre nevelés, az egyéni felelősségvállalás és a megelőzés központi szerepet kap. Az 50 éves kornál fiatalabb korosztályok alacsony éves orvos-beteg találkozási számmal rendelkeznek. Viszont idős korban a magas szintű technikai felszereltségnek köszönhetően, szinte a költségek nem számítanak alapon, mindent megtesznek az idős betegek életének meghosszabbítása és életminőségének megőrzése érdekében. Az egészségügyi rendszerét tekintve poszt-szocialista egészségügyi rendszert működtető Csehországban az életmód, a még most is működő környezetszennyező és egészségkárosító nehézipar hatásainak eredményeképpen az életkortól függő egészségügyi kiadások már hamarabb emelkedni kezdenek, mint Hollandiában. Az egy lakosra jutó alacsonyabb járulékfizetések miatti alacsonyabb egészségügyi kiadások miatt viszont az időskorban jelentkező egészségügyi kiadások emelkedése is mérsékeltebb. Magyarországon is hasonló a helyzet.

2.2.11. ábra A korosztályonként egy főre jutó egészségügyi kiadások Hollandiában és Csehországban

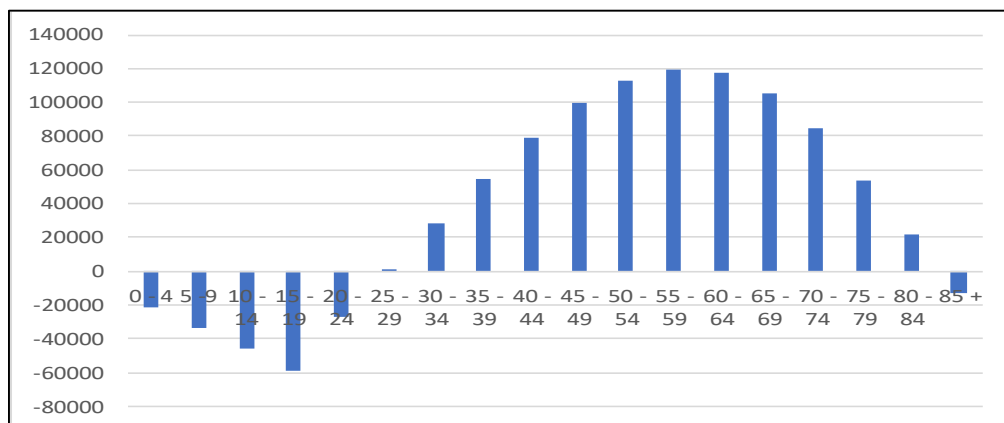


Forrás: www.oecd.org/stat adatai alapján saját szerkesztés

Meg lehet-e úgy határozni az egészségügyi járulékfizetések mértékét és az ellátórendszer kiadásainak nagyságát és ezek egyenlegét egy főre vetítve úgy, hogy az egyén élethosszának egészét tekintve az egyensúlyban legyen? Ebben a modellben a hosszú távú pénzügyi tervezés összes kockázata benne van. Hogyan lehet előre jelezni évtizedekkel előre a várható inflációt, a bérek nominális és reálértékének várható változásait, az egészségügyi kiadások várható inflációját, valamint az orvostudományban, gyógyszeriparban létrejövő innovációkat? Ennek a kérdésnek a megválaszolása szintén meghaladná ennek a cikknek a tartalmi és terjedelmi kereteit. Azt viszont le kell szögezni, hogy a magánegészségügyi biztosítások és ellátások hosszú távú működtetése ezen kérdések megválaszolása nélkül csak nehezen megvalósítható. Pontosabban működik ilyen rendszer az Egyesült Államokban, de ott is csak jelentős elméleti és gyakorlati korlátozásokkal. A hosszú távú kockázatokat, bizonytalanságokat a pénzügyi szolgáltatást végző biztosítók termékeik jelentős túlárázásával kompenzálják. Az életre szóló egyéni egészségbiztosítási modellből kivették a kiskorú gyermekeket, mert az ő ellátásukat a szövetségi kormány fizeti.

A hosszú távú egészségügyi kiadások szempontjából legkockázatosabb csoportot, a háborúban szolgált veteránok és közvetlen családtagjaik körét szintén kivették a magán egészségügyi biztosítás keretei közül. Az ő egészségügyi ellátásukat a szövetségi kormány fizeti. A megoldandó közgazdasági probléma azonban ezzel együtt itt van. Lehet, hogy a járulékfizetések szintjének kidolgozása szempontjából ez itt és most még nem tűnik aktuálisnak, viszont egy hosszú távon is fenntartható egészségügyi finanszírozási rendszer kidolgozásához véleményünk szerint elengedhetetlen.

2.2.12. ábra Az egészségügyi járulékfizetések és az ellátórendszer kiadásainak egyenlege egy főre vetítve



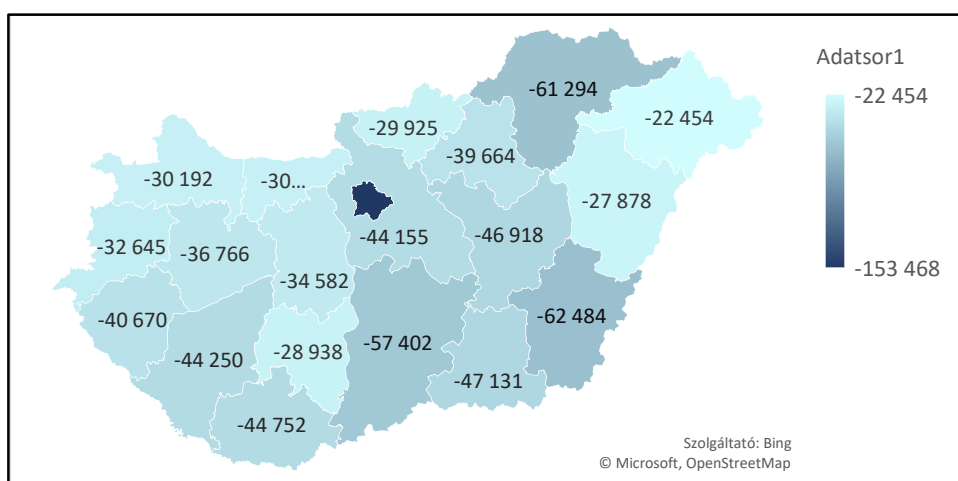
Forrás: Szerzők

A fenti elméleti összefüggések és nemzetközi példák alapján megállapítható, hogy az aktív–inaktív arány alakulása és az életkor szerinti kiadási profilok konkrét demográfiai folyamatokon keresztül érvényesülnek. A finanszírozási egyensúly szempontjából ezért kiemelt jelentősége van annak, hogy a népesség száma, korösszetétele és területi eloszlása hogyan változik.

Magyarországon ezek a folyamatok nemcsak országos szinten, hanem jelentős regionális különbségek mentén is megfigyelhetők. A természetes népességfogyás, a születésszámok alakulása, valamint a belső és nemzetközi vándorlás együttesen határozzák meg a jövőbeli járulékfizetői bázist és az ellátórendszer terhelését.

A következőkben ezen demográfiai folyamatokat vizsgáljuk, különös tekintettel a születésszámok alakulására, a vándorlási folyamatokra és ezek regionális sajátosságaira.

2.13. ábra A természetes népesség változásból származó népességváltozás 2001 és 2023 között (fő)



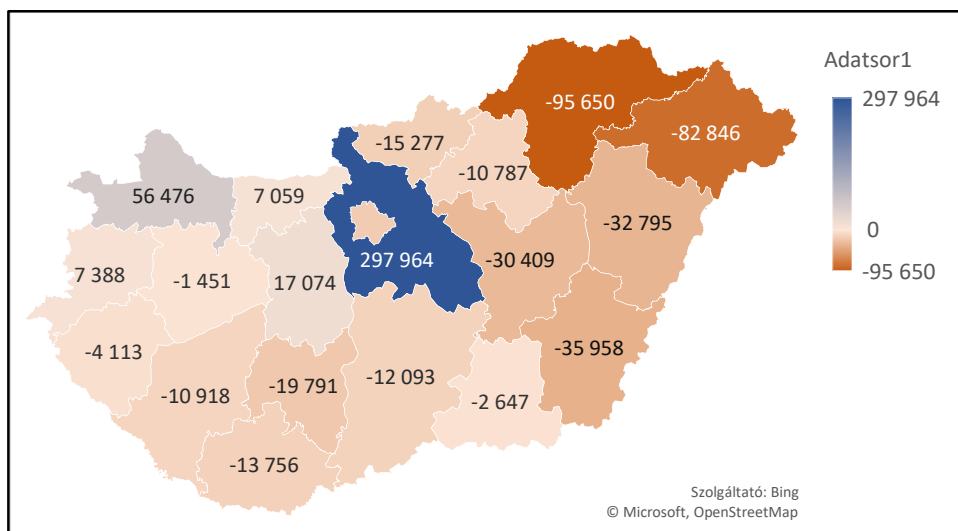
Forrás: Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján saját szerkesztés

A 2001 és 2023 közötti időszak adatai alapján a gazdaságilag legsikeresebbnek mondható 3 vármegye születésszámai nőttek, illetve legalább nem csökkentek. Miközben 2024-ben és 2025-ben hónapról hónapra egyre rosszabb születésszámokat közölt a KSH. Országosan 9,1%-kal csökkent a születések száma 2024-ben az egy évvel korábbihoz képest. 2025-ben újabb 9%-kal sikerült elmaradni az előző évitől. Az Alföld és Észak-Magyarország 9 vármegyéjében folytatódott ugyan a születések számának csökkenése, de tavaly csak 5,5%-kal esett vissza az egy évvel korábbihoz képest. De Bács-Kiskun, Csongrád és Hajdú-Bihar viszont nagyobb visszaesést produkált. A Dunántúl egészében már 8,4%-os volt a visszaesés. Dél-Dunántúl és a Közép-Dunántúl még átlag alatti

visszaesést mutatott. Nyugat-Dunántúlon viszont egy év alatt 13%-kal esett vissza a születések száma. A legnagyobb visszaesés a Dunántúlon Győr-Moson-Sopron vármegyében volt 15%-kal. Utána Zala és Baranya következik a visszaesés nagyságában. A legnagyobb visszaesés Budapesten volt körülbelül 18%. De 2025-ben már minden vármegyében csökkent a születések száma és a népesség.

Ez azt is jelenti, hogy már a második generáció él ilyen helyzetben. Itt a fő ok, hogy például 1980 és 2022 között a negyedére esett vissza az ezer megfelelő korú nőre jutó élve születések száma a 15 és a 24 év közötti nőknél. A 25-29 éves korosztályban csak 12%-os a csökkenés. A 30-39 év közötti nők esetében hiába nőtt meg az ezer megfelelő korú nőre jutó élve születések száma több, mint kétszeresére, ez nem pótolja a fiatalabb korosztályok kiesését. A gyerekvállalás egy évtizeddel későbbre tolódása azt is jelenti, hogy a nők akkor már kevesebb gyermeket vállalnak. Ehhez jön még az elvándorlás okozta népesség csökkenés. Viszont ez jellemzően a szülőképes korban lévő fiatalokat érinti. A népesség csökkenés folyamata így viszont már kumulálódik.

2.14. ábra Vándorlási különbözet vármegyénként 2001 és 2023 között (fő)



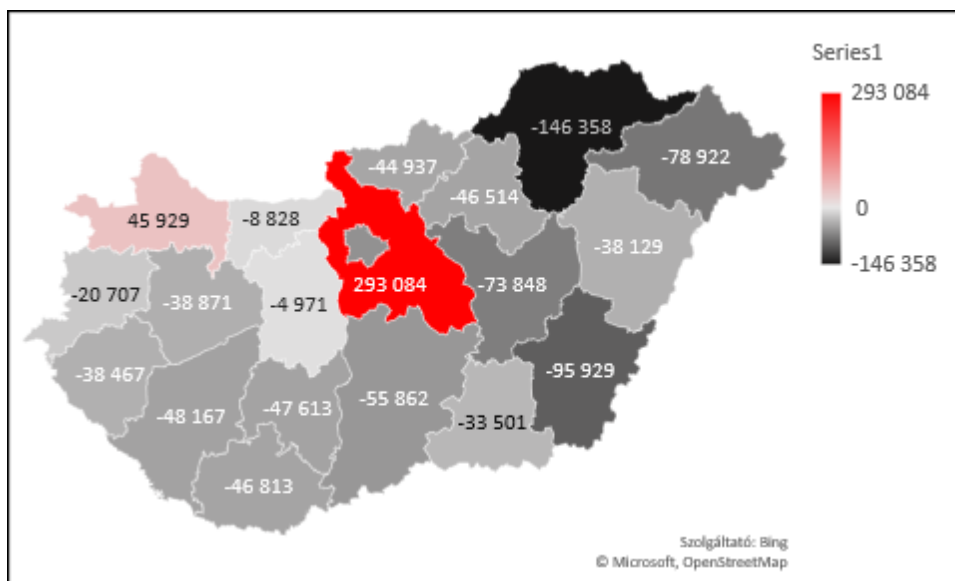
Forrás: Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján saját szerkesztés

A szülőképes korban lévő 20 és 39 év közötti korosztályok számának abszolút csökkenése válik a legjelentősebb okká az említett megyékben. Békés megye kivételével ezek jellemzően aprófalvas településhálózattal rendelkező megyék. Az aprófalvak esetében helyben már a bölcsődei és az óvodai ellátás, a felső tagozatos oktatás sem nagyon valósítható meg helyben. A központosított tömegközlekedés meg nem tudja kiszolgálni a bölcsődébe, óvodába, iskolába járó gyerekek igényeit az aprófalvas településeken.

Baranya kivételével egyik vármegyében sincsen komoly hallgatói létszámmal rendelkező felsőoktatási intézmény, ami népesség vonzóerő lehetne.

A 18 éves fiatalok a felsőoktatásban tovább tanuló része nem csak a szülő falujából, városából, hanem a vármegyéből is elköltözik. Sokan nem csak a tanulmányi idejük végéig, hanem végleg.

2.15. ábra A népességszám változása 2001 és 2023 között (fő)



2.5 Összefoglaló: 25 év időszakának főbb változásai

2.5.1 Főbb megállapítások az E. Alap bevételi szerkezetével kapcsolatban

A 25 év bevételi és hiányadatait áttekintve több fontos változást láthatunk a forrásteremtési szerkezetben. Egyrészt jelentősen eltolódott a forrásteremtési szerkezet az általános és címzett adóforrások irányába a járulékoktól. Ugyanakkor ez összességében a GDP arányában nem növelte a közfinanszírozott egészségügyi rendszer mozgásterét. Kétségtelen tény az is, hogy a 2010-es évek közepétől a gyorsan növekvő GDP lehetővé tette a ráfordítások nominális növekedését közel változatlan GDP arány mellett is. Jelentős növekedésre GDP arányosan csak 2020-ban kerül majd sor a pandémia és utóhatásainak kezelésére is tekintettel.

Az intézkedések – elsősorban a munkáltatói egészségbiztosítási járulék csökkentésén keresztül - mindenekelőtt a foglalkoztatási helyzet javítását célozták. Fontos megjegyezni, hogy a '90-es évek közepétől hozott intézkedések átnyúltnak a kormányzati ciklusokon, akár megszorításokról, akár bevételnövelő intézkedésekről legyen szó. A járulékbevételek csökkenését számos adóbevétel kompenzálta. Ilyen például a Gyftv által

bevezetett ágazati adó a gyógyszergyárakra és fogalmazókra terhelve 2007-től lett bevezetve 12%-os kulccsal a 3. MSZP-SZDSZ kormány idején, melyet a következő (2. Fidesz) kormány már 20%-ra emelt, 2022-es megszorító intézkedések során pedig az 5. Fidesz kormány már 28%-ra. Hasonlóan „Bokros” csomag részeként az 1. MSZP-SZDSZ kormány alatt 1996-tól bevezetett 1950 Ft/ fő/hó összegű – adóként bevezetett - tételes EHO 2001-ben érte el csúcösszegét az 1. Fidesz kormány alatt 4200 Ft/fő/hó összeggel. A tételes EHO 2010-ben megszüntetésre került, és a százalékos EHO maradt fenn 2018. év végéig, amely nem a bérjövedelmeket terhelte.

Fontos azt is látni, hogy a növekvő gazdaságban az emelkedő reálbérek és foglalkoztatás mellett, arányosan egyre mérsékeltebb KK-i hozzájárulásra volt szükség az E. Alap egyensúlyának biztosításához (pld. 2016-2019-es időszak). Gazdasági válság idején alapvetően megnő a KK-i támogatás, adóbevételi forrásátengedés szerepe (2009-2014, 2020-2021), szemben a járulékbevételekkel, amelyet a regressziós elemzésünk is alátámasztott.

Belátható az is, hogy az Egészségbiztosítási Alap irányítási rendszerének megváltoztatása a kilencvenes évek végén jelentősen csökkentett a társadalmi csoportok közvetlen részvételét a társadalombiztosítási rendszerek közvetlen ellenőrzésében és irányításában. Ez egy jelentős szakítás volt a klasszikus társadalombiztosítási rendszerek jellemzőivel, és alapvetően hosszú évekre a privatizációs kísérletek kötötték le a döntéshozók figyelmét. Meglepő módon az irányítási rendszer átalakítását követően az Egészségbiztosítási Alapoknál kimutatott pénzügyi hiány elfogadhatatlanul magas mértékűvé vált – elsősorban a járulékbevételek gyors és helyettesítés nélküli csökkentése miatt. A kormányzat még úgy sem avatkozott be hatásosan ebbe a folyamatba több éven keresztül, hogy erre egyébként az államháztartási törvény kötelezte a kormányzatot. Ez a bizonytalan helyzet nagymértékben csökkentette a közbizalmat a gazdálkodás kiszámíthatóságával kapcsolatban.

További megállapítások az E. Alap bevételeivel kapcsolatban:

- Az E. Alap bevételi oldalának stabilizálása kiemelten fontos az egbikt-i szolgáltatások fedezete szempontjából.
- Az egyéni járulékbevétel igen jól tervezhető a GDP és a bruttó átlagkereset növekedése, változása függvényében

- Hasonlóan stabilan tervezhetők a SZOCHO bevételek is, de itt az elmúlt évtizedben rendkívül nagymértékű csökkentésre került sor: a Szociális hozzájárulási adó mértéke főként **makro-gazdasági döntések** eredményeként (a 2010-es 24%-ról a 2022-es 13%-ra) a foglalkoztatás bővítése és versenyképesség javítása céljából.
- A munkaalapú jövedelmek, a **járulékbevételek** és a SZOCHO együtt sem képesek fedezni az E. Alap kiadásait: 50-78% közötti jelentős ingadozást tapasztalhattunk az elmúlt 10 évben.
- A kormányok számos intézkedést próbáltak ki a bevétel növelésére: munkáltatói 1/-3-os táppénz, EHO, GYTV gyógyszerügyi visszafizetések, NETA, Baleseti adó.

2.5.2 Javasolt intézkedések az E. Alap bevételeinek további stabilizálása és többletforrások szerzése érdekében

- Államháztartáson belüli átcsoportosítással többletforrás biztosítása kell, a 10%-os KK-i hozzájárulás arány növelése stabilan 14%-ra.
- A KK-ből történő adóátengedés világosan áttekinthető módszertanának kidolgozása, amely lehetővé teszi az egészségügyi kiadások fenntartható finanszírozását az egyensúlyi járulékszint hiányában is. Az egészségpolitikai és foglalkoztatáspolitikai célok összhangjának megteremtése.
- A NETA további finomítására, cukros üdítők adótartalmának növelésére és a vágott dohány és hevített dohányok adómértékének növelésére van szükség.
- Fontos lenne a jövedéki adó meghatározott hányadának tudatos, célzott egészségügyi allokációja. A célzott felhasználás átfogó népegészségügyi programok finanszírozását tenni lehetővé (főleg primer és szekunder prevenciós tevékenységek). Bár 2013 óta évente 51,6 Mrd Ft jövedéki adóbevétel áramlik az E. Alap költségvetésébe, ennek intézményesített, egészségpolitikai célhoz kötött rendszere nem került kialakításra. A forrásmegosztási mechanizmus ilyen irányú újragondolása hozzájárulhatna a prevenciós és népegészségügyi programok kiszámíthatóbb finanszírozásához.

2.6 Kontrollkérdések

- a. Milyen trendek határozták meg az Egészségbiztosítási Alap forrásképzését 2005- és 2015 között?
- b. Melyek voltak azok az intézkedések, forrásképzési mechanizmusok a hazai kötelező egészségbiztosítás rendszerében az 1990-es évek közepétől, amelyek eltértek a hagyományos munkáltatói és munkavállalói járulékfizetéstől?
- c. Magyarázza el a TB jogviszonyt és a jogviszony ellenőrzés lényegét! Hány körben volt jelentős szigorítás ezen a területen az elmúlt 20 év alatt?
- d. Mi az az Egészségügyi hozzájárulás (EHO)? Mektől meddig képezte az E. Alap bevételi forrásainak részét? Mi a különbség a tételes és a %-os EHO között?
- e. Mi motiválta a döntéshozókat a Népegészségügyi Termékdadó (NETA) bevezetése során? Milyen forrásokat eredményezett ez a speciális adóforma az E. Alap számára?
- f. Mi az a „ClawBack” mechanizmus? Mennyire elterjedt az európai biztosítási rendszerben? Ennek keretében évente hány milliárd forint bevételre tesz szert az E. Alap?
- g. Mikortól került átnevezésre a Munkáltatói Egészségbiztosítási járulék Szociális hozzájárulási adóra? Mit üzen ez a járulék és adófizetők számára?
- h. Hogyan alakult a Központi Költségvetési hozzájárulás %-os aránya és főbb összegei 2005-től kezdve napjainkig?
- i. Elemezve az egyéni egészségbiztosítási járulék teljes összegét és 1% pontos részére jutó bevételi összegét, mire lehet ez elég az E. Alap kiadási oldalán?

2.7 Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
GDP	Gross Domestic Product; Bruttó Hazai Össztermék.
E. Alap	Egészségbiztosítási Alap.
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő.
NETA	Népegészségügyi Termékdadó (a népegészségügyi termékadóról szóló 2011. évi CIII. törvény alapján).
SZJA	Személyi Jövedelemadó; 2012-től egykulcsos adó, 2025-ben 15%-os mértékű.
TB	Társadalombiztosítás (angolul: Social Security).
Tbj.	A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény.

NHIF	National Health Insurance Fund; magyarul Kötelező vagy Nemzeti Egészségbiztosítási Alap.
Clawback mechanizmus	Egy „visszatérítési” mechanizmus Európában, egy olyan rendszer, amelyben a gyógyszeripari vállalatoknak a TB támogatásból származó bevételek egy részét vissza kell fizetniük az államnak, ha a gyógyszerekre fordított közkiadások meghaladják az előre meghatározott költségvetést. Ezek a mechanizmusok a kormányok számára a költségek ellenőrzésének (cost-containment) egyik módját jelentik, és konkrét alkalmazásuk országonként eltérő, némelyik iparági vagy termékszintű számításokat alkalmaz a piaci részesedés, a növekedés vagy az ár alapján. Ilyen például Görögország, Belgium és Románia, amelyek mindegyikének saját egyedi képletei és szabályai vannak.

2.8 Ábra és táblázat jegyzék

2.2.1. ábra Az E. Alap hiányának alakulása (Mrd Ft) és aránya az E. Alap kiadásához (1995-2025)	11
2.2.2. ábra Az E. Alap bevételi szerkezete (nominálisan): átrendeződés, (1995-2025, Mrd Ft) .	12
2.2.3. ábra Az E. Alap bevételi szerkezete és annak változása (éven belüli megoszlása) 1995-2025 között	13
2.2.4. ábra KK-i hozzájárulások összege és aránya az E. Alap összes bevételeéhez (1995-2025).	14
2.2.5. ábra Gazdaságilag aktív és nem aktív népesség számának alakulása (ezer fő) (1990-2024)	15
2.2.6. ábra Az egyéni egészségbiztosítási járulék nominális összegének alakulása és az 1% pontra jutó bevétel összege (1995-2025)	16
2.2.7. ábra Egy százalékpont egyéni egészségbiztosítási járulékra jutó bevétel a GDP függvényében (1998-2019)	19
2.2.8. ábra A magyar lakosság TB jogviszonyának szerkezete 2004-ben	22
2.2.9. ábra A magyar lakosság TB jogviszonyának szerkezete 2021-ben	23
2.2.10. ábra Az Európai Unió egészségügyi rendszerei finanszírozás (kifizetés) módja szerint a kiadások %-ban, 2020 vagy a legközelebbi év	30
2.2.11. ábra A korosztályonként egy főre jutó egészségügyi kiadások Hollandiában és Csehországban	35
2.2.12. ábra Az egészségügyi járulékfizetések és az ellátórendszer kiadásainak egyenlege egy főre vetítve	36
2.13. ábra A természetes népesség változásból származó népességváltozás 2001 és 2023 között (fő)	37
2.14. ábra Vándorlási különbség vármegyenként 2001 és 2023 között (fő)	38
2.15. ábra A népességszám változása 2001 és 2023 között (fő)	39

2.1. táblázat A Szociális hozzájárulási adó mértékének változása 2012-2025 időszakában	17
2.2. táblázat A Regressziós elemzések korrelációs együtthatói (1998-2019)	18
2.3. táblázat A Népegészségügyi Termékadó alakulása 2011-2017, (Mrd Ft)	25
2.4. táblázat Népegészségügyi termékadó alakulása termékkategóriánként 2018-2014 (Mrd Ft)	26
2.5. táblázat Gyógyszergyártói visszafizetési technikák az európai országokban.....	29
2.6. táblázat Az adófinanszírozás mértéke a tb-i rendszerekben a kiadások %-ban.....	33

2.9 Hivatkozások

- Állami Számvevőszék [2018]: *Elemzés az aktivitási ráta alakulásáról.*
- Állami Számvevőszék [2019]: *Elemzés az egészségügy finanszírozásáról.*
- Bachner, F. – Bobek, J. – Habimana K. – Ladurner J. – Lepuschütz L. – Ostermann H. – Rainer L. – Schmidt A.E. – Zuba M. – Quentin W. – Winkelman J. [2018]: *Austria: Health System Review.*
- Chevreul K. – Berg Birghman K. – Durand-Zaleski I. – Hernández-Quevedo C. [2015]: *France: Health System Review.* Health Systems in Transition, 17/3. WHO European Observatory, Copenhagen.
- Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. European Economy – Economic Papers 461, European Commission [2012]. https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf
- Dózsa Cs. – Borcsek B. – Boncz I. [2003]: *Az Egészségbiztosítási Alap bevételi és kiadási oldalának elemzése 1994–2002.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 41(5), 9–16.
- Erdős T. [2014]: *Az adózás, a hatékonyság és a gazdasági növekedés kapcsolatának néhány elméleti problémája.* Közgazdasági Szemle, 61. (Klnsz) 1–76.
- Eitner B. [2012]: *Az Egészségbiztosítási Alap egyenlegének várható alakulása.* Diplomamunka, ELTE TTK.
- European Commission (2012). *Cost-containment policies in public pharmaceutical spending: A comparative analysis of seven EU countries (Economic Papers No. 461).* Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- Evetovits T. – Szigeti Sz. [2011]: *Az Egészségbiztosítási Alap bevételi szerkezete.* Egészségügyi Gazdasági Szemle, 49(4), 6–13.
- France: Country Health Profile 2021. *State of Health in the EU.*

- Igazné Prónai B. [2006]: *A kötelező társadalombiztosítás kialakulása, fejlődése Magyarországon*. PhD-értékezés, Pázmány Péter Katolikus Egyetem.
- Központi Statisztikai Hivatal – Népszámlálás 2011 fontosabb adatai. https://www.ksh.hu/nepszamlalas/tovabbi_fontosabb_adatok
- Központi statisztikai Hivatal – Összefoglaló táblák (STADAT). <https://www.ksh.hu/stadat>
- Letsios A.N., Mavridoglou G., Ladopoulou D., Tsourini D., Dedes N., Polyzos N.M. (2023): *Exploring the impact of clawback on pharmaceutical expenditure: A case study of public hospitals in Greece*. Health Planning and Management Journal. <https://doi.org/10.1002/hpm.3679>
- List, F. (1940). *A politikai gazdaságtan nemzeti rendszere* (S. Antal, ford.). Budapest: Magyar Közgazdasági Társaság. (Eredeti mű kiadási éve: 1841).
- Magyar Államkincstár: *A központi költségvetés végrehajtásának adatai*. <https://www.allamkincstar.gov.hu/>
- NEAK honlapja, OEP és NEAK éves statisztikai évkönyvek; www.neak.gov.hu
- OECD Health Statistics. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>
- P. Kiss G. – Reppa Z. [2010]: *Quo vadis, deficit? Mekkora lesz az adóbevétel, ha visszafordul a gazdasági ciklus?* MNB Szemle.
- Szigeti Sz. [2009]: *Az egészségbiztosítási járulékpolitika és forrásteremtés nemzetközi összehasonlításban*. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 47(2), 18–22.
- Szigeti Sz. – Evetovits T. – Kutzin J. – Gaál P. [2019]: *Tax-funded social health insurance: an analysis of revenue sources, Hungary*. Bulletin of the World Health Organization, 97(5), 335. <https://doi.org/10.2471/blt.18.218982>
- Thünen, J. H.: *Der isolirte Staat in Beziehung auf Landwirthschaft und Nationalökonomie*. Hamburg, Friedrich Perthes, 1826.
- Vakhal P. – Vékás P. [2021]: *Az árnyékgazdaság okai Kelet-Közép-Európában*. Statisztikai Szemle, 99(2), 115–141. <https://doi.org/10.20311/stat2021.2.hu0115>
- Yazbeck A.S. – Savedoff W.D. – Hsiao W.C. – Kutzin J. – Soucat A. – Tandom A. – Wagstaff A. – Chi-Man Yip W. [2020]: *The Case Against Labor-Tax-Financed Social Health Insurance for Low- And Low-Middle-Income Countries*. Health Affairs (Millwood), 39(5), 892–897. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00874>

Jogszabályok:

- A társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról és a rövid távú feladatokról szóló 60/1991. (X. 29.) OGY határozat.
- 1997. év LXXXIII. tv a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.
- 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről
- 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről
- Éves Központi költségvetési törvények, 2020. évi XC. törvény Magyarország 2021. évi központi költségvetéséről

3 A magyar társadalombiztosítás nemzetközi koordinációja és elszámolásai

Szerzők: Stuit Kóka Bianka, Dózsa Csaba László

Tartalom

3	A magyar társadalombiztosítás nemzetközi koordinációja és elszámolásai	0
3.1	Bevezetés	1
3.2	Egészségügyi ellátások magyar biztosítottnak az EU-ban	2
3.2.1	Európai Egészségbiztosítási Kártya – sürgősségi ellátás	3
3.2.2	Tervezett gyógykezelés külföldön.....	3
3.2.3	Kiküldetés – magyar biztosítás fenntartása	4
3.2.4	Határon át ingázók és többes kötődésű biztosítottak.....	4
3.2.5	Áttelepülő nyugdíjasok egészségügyi ellátása	5
3.3	Pénzbeli ellátások és nyugdíjak koordinációja.....	5
3.4	Egészségügyi ellátások EU-tagállamok biztosítottjainak Magyarországon.....	6
3.5	Kétoldalú szociális biztonsági egyezmények	7
3.6	Nemzetközi elszámolások a társadalombiztosításban (2019–2025)	8
3.7	Kontrollkérdések	11
3.8	Kulcsfogalmak és rövidítések.....	11
3.9	Ábra és táblázatjegyzék	12
3.10	Hivatkozások	12

3.1 Bevezetés

A szociális biztonsági rendszerek uniós koordinációja biztosítja, hogy az Európai Unióban (EU) szabadon mozgó személyek megőrizték társadalombiztosítási jogosultságukat akkor is, ha más tagállamban vállalnak munkát vagy tartózkodnak. Az EU nem hozott létre egységes európai szociális biztonsági rendszert, hanem közösségi rendeletek útján hangolja össze a nemzeti rendszereket. Magyarország az EU-hoz való csatlakozása (2004. május 1.) óta alkalmazza az uniós koordinációs szabályokat: kezdetben a 1408/71/EGK és 574/72/EGK rendeleteket, majd 2010. május 1-jétől az 883/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendeletet és az annak végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendeletet (Adózóna, 2025).

Ezeket a szabályokat Magyarország közvetlenül alkalmazza, és a nemzeti jogszabályokat is akképpen kell kialakítani, hogy az uniós rendeletekkel ne legyenek ellentétesek. Az alábbiakban áttekintjük, hogyan illeszkedik a magyar társadalombiztosítás az EU-s koordinációs rendszerbe, milyen egészségügyi szolgáltatások és pénzbeli ellátások illetik meg a magyar biztosítottakat más EU-tagállamokban, illetve az EU-tagállamok biztosítottjait Magyarországon.

A koordinációs rendeletek hatálya és alapelvei

Az 883/2004/EK rendelet hatálya kiterjed az EU-tagállamok (valamint az EGT-országok és Svájc) állampolgáira, akik több tagállamot érintő élethelyzetben vannak.

Ide tartozik a társadalombiztosítási ellátások valamennyi fő területe:

- Betegségi ellátások (egészségügyi szolgáltatások és egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai),
- Anyasági és egyenértékű apasági ellátások,
- Baleseti ellátások (üzemi baleset és foglalkozási betegség esetén),
- Rokkantsági ellátások, öregségi nyugdíjak és hozzátartozói nyugellátások,
- Haláleseti támogatások, munkanélküli ellátások, valamint családi ellátások

A koordináció négy alapelve a következő:

1. **Egy állam joga alá tartozás elve:** a személy egyszerre mindig csak egyetlen tagállam jogszabályai (illetve TB-rendszere) hatálya alá tartozhat. Ezzel kizárható a párhuzamos (kettős) biztosítási- és járulékfizetési kötelezettség. Ha több állam

is szóba jöhet (pl. lakóhely és munkavégzés eltérő), a rendeletek határozzák meg, melyik az illetékes (alkalmazandó jog).

2. **Egyenlő bánásmód elve:** az adott tagállam biztosítottjai és a más tagállamból érkezett személyek között nem tehető hátrányos megkülönböztetés, ugyanazok a jogosultságok illetik meg őket az adott országban.
3. **Ellátások exportálásának elve:** a pénzbeli ellátások (pl. nyugdíj, munkanélküli ellátás) külföldre is folyósíthatók, a jogosultságot nem veszíti el valaki pusztán azért, mert másik tagállamba költözik.
4. **Biztosítási és szolgálati idők összeszámításának elve:** ha egy ellátásra való jogosultsághoz bizonyos biztosítási idő vagy járulékfizetés szükséges, akkor a különböző tagállamokban szerzett időszakokat össze kell számítani. Így pl. egy magyar állampolgár külföldön ledolgozott évei beszámítanak a nyugdíjába vagy az álláskeresői járadék megállapításához.

E koordinációs szabályok tehát nem egységesítik a tagállami rendszereket: minden ország saját társadalombiztosítási törvényei maradnak érvényben, de azokat az EU-rendeletek elsőbbségével kell alkalmazni. A magyar jogban például külön kormányrendelet szabályozza az EU-koordináció végrehajtását (az 195/1997. Korm. rendelet módosításai). A koordináció lényege, hogy meghatározza, ki, mikor és melyik ország TB-jogszabályai alá tartozik, illetve hogyan lehet a jogokat átvinni egyik országból a másikba.

3.2 Egészségügyi ellátások magyar biztosítottaknak az EU-ban

A magyar társadalombiztosítási rendszerben biztosított személy, legyen akár munkavállaló, vállalkozó vagy nyugdíjas, az EU-n belül utazva is jogosult egyes egészségügyi ellátásokra a koordinációs rendeletek alapján. Attól függően, hogy a külföldi tartózkodás átmeneti jellegű vagy letelepedés célú, illetve hogy tervezett gyógykezelés miatt utazik-e, a következő ellátások vehetők igénybe más tagállamban:

- Sürgősségi és orvosilag szükséges egészségügyi ellátás,
- Teljes körű (nem csak sürgősségi) egészségügyi ellátás letelepedés vagy hosszabb tartózkodás esetén,
- Pénzbeli ellátások (pl. táppénz, anyasági támogatások) a megfelelő feltételekkel,
- Tervezett gyógykezelés külföldön a magyar egészségbiztosítás terhére, előzetes engedéllyel.

3.2.1 Európai Egészségbiztosítási Kártya – sürgősségi ellátás

Rövidebb, átmeneti külföldi tartózkodás során a magyar biztosított az Európai Egészségbiztosítási Kártyával (EU-Kártya) jogosult az orvosilag szükséges egészségügyi szolgáltatások igénybevételére az adott tagállamban. Az EU-Kártya igazolja, hogy tulajdonosa jogosult ellátásra a saját egészségbiztosítása terhére, és ennek bemutatásával a külföldi szolgáltatónak úgy kell ellátnia a magyar biztosítottat, mintha a saját biztosítottja lenne. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a betegnek ugyanazokat a kedvezményeket és kötelezettségeket kell alkalmazni (pl. ugyanazt az önrészfizetést), mint a helyi betegeknek. Az ellátás költségeit utólag az országok elszámolják egymással, a beteget közvetlen díjfizetésre nem kötelezhetik. Fontos, hogy az EU-Kártya csak azonnal vagy rövid időn belül szükségessé váló ellátásokra érvényes. Az orvosilag szükséges ellátás körét a kezelőorvos határozza meg, figyelembe véve a beteg állapotát és a tervezett külföldi tartózkodás hosszát. Nem csupán az életveszély elhárításához szükséges beavatkozások tartoznak ide, de például egy krónikus betegség kezeléséhez szükséges rutin ellátás (dialízis, oxigénterápia stb.) is orvosilag szükségesnek minősülhet, ha a beteg kint tartózkodása alatt esedékes. Nem tartozik viszont ide az az eset, ha valaki kifejezetten gyógykezelés céljából utazik a másik országba, hiszen az EU-Kártyát tervezett beavatkozás szándékával nem lehet felhasználni (NEAK, 2024).

3.2.2 Tervezett gyógykezelés külföldön

Előfordulhat, hogy a magyar biztosított külföldön kíván gyógykezelést igénybe venni, például mert ott érhető el egy speciális beavatkozás. Az uniós koordinációs rendelet szerint erre előzetes engedéllyel van lehetőség: a 883/2004/EK rendelet 20. cikke kimondja, hogy ha a szükséges kezelés otthon az orvosilag indokolt időn belül nem elérhető, a hazai biztosító (Magyarországon a NEAK) köteles engedélyezni a külföldi gyógykezelést, és megtéríteni annak költségeit. Az engedélyt a NEAK ún. S2 jelű nyomtatvány (korábban E 112) kiállításával adja meg. Az engedéllyel igénybe vett külföldi ellátás költségeit teljes egészében a magyar egészségbiztosítás viseli (a betegnek legfeljebb annyit kell fizetnie, mintha az ellátást itthon vette volna igénybe). Emellett 2011 óta hatályos az egészségügyi szolgáltatások határokon átnyúló igénybevételéről szóló 2011/24/EU irányelv is, amely a betegek jogairól rendelkezik. Ez utóbbi alapján a biztosított saját kezdeményezésére is igénybe vehet külföldi ellátást (engedély nélkül, saját költségre), majd utólag kérheti a hazai egészségbiztosítótól a magyarországi költségnek megfelelő összegű térítést. E két rendszer párhuzamosan létezik, az

engedélyezett (S2) esetben teljes, az irányelvi esetben részleges költségtérítés jár (NEAK, 2024).

3.2.3 Kiküldetés – magyar biztosítás fenntartása

Ha egy magyar munkavállalót a munkaadója külföldi kiküldetésbe küld egy másik tagállamba, akkor bizonyos feltételek mellett továbbra is a magyar társadalombiztosítás hatálya alatt maradhat (max. 24 hónapig).

A kiküldetés tényét az ún. A1 igazolás tanúsítja (korábban E 101 formanyomtatvány), amelyet Magyarországon a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) állít ki. A kiküldött magyar biztosított továbbra is Magyarországon fizeti a járulékokat, és jogosult a teljes magyar egészségügyi ellátásra is. Ugyanakkor a fogadó országban, mivel ott nem válik biztosítottá, az EU-Kártyája alapján veheti igénybe az orvosilag szükséges ellátásokat, hasonlóan a turistákhoz. Amennyiben a kiküldött munkavállaló családtagjai is külföldön tartózkodnak vele, ők egy S1 jelű nyomtatvánnyal regisztrálhatják magukat a tartózkodási ország egészségbiztosítójánál, és ezáltal teljes körű ellátásra lesznek jogosultak ott (az ellátás költségeit a magyar biztosító utólag megtéríti). Fordított helyzetben, ha egy másik tagállam biztosítottját küldik Magyarországra dolgozni, az illető A1 igazolással mentesül a magyar TB alól, és EU-Kártyával veheti igénybe a szükséges egészségügyi szolgáltatásokat ittléte alatt.

3.2.4 Határon át ingázók és többes kötődésű biztosítottak

Gyakori eset, hogy a biztosított lakóhelye és munkahelye különböző tagállamban van (például Ausztriában dolgozó, de Magyarországon élő személy). A koordináció értelmében ezek az ún. határ menti ingázók a munkavégzés szerinti államban biztosítottak, de jogosultak az egészségügyi ellátásra mindkét országban. Ilyenkor a munkavállaló az illetékes biztosítótól (példánkban az osztrák egészségpénztártól) S1 nyomtatványt kérhet, amellyel a lakóhelye szerinti NEAK-nál regisztrálja magát. Ezt követően Magyarországon is teljes körű egészségügyi ellátást kaphat, ugyanúgy, mint a magyar biztosítottak, a különbség csupán annyi, hogy az ellátás költségeit utóbb a külföldi biztosító téríti meg a NEAK-nak. Ugyanez vonatkozik a nem dolgozó családtagokra is: ha ők egy másik országban élnek, mint ahol a családfenntartó biztosított, S1 nyomtatvánnyal jogosultak az ellátásra a lakóhelyük szerinti államban. Fontos megjegyezni, hogy ha valaki két vagy több tagállamban párhuzamosan dolgozik (vagy

önfoglalkoztató), akkor egyedi szabályok alapján határozzák meg az illetékes országot (pl. a lakóhely államának joga alá tartozik, ha ott is végez érdemi munkát).

3.2.5 Áttelepülő nyugdíjasok egészségügyi ellátása

Az EU-ban nyugdíjasok is szabadon letelepedhetnek egy másik tagállamban anélkül, hogy elveszítenék jogosultságaikat. Ha egy magyar nyugdíjas külföldre költözik (például Spanyolországba), akkor az indulás előtt az illetékes egészségbiztosítótól ki kell kérnie az S1 nyomtatványt (a korábbi E 121 formát). Ennek alapján a választott lakóhely szerinti ország egészségbiztosítója nyilvántartásba veszi, és ugyanolyan teljes körű orvosi ellátásra jogosult, mint a helyi nyugdíjasok.

Az ellátás finanszírozását azonban továbbra is a magyar biztosító (NEAK) vállalja: a magyar nyugdíj alapján járó egészségügyi szolgáltatások költségét a NEAK téríti meg a külföldi egészségpénztárnak. Magyarán a magyar nyugdíjas külföldön is a magyar TB terhére gyógyulhat, de adminisztratív szempontból a helyi szolgáltató látja el. Ezzel szemben ha egy külföldi nyugdíjas telepedik le Magyarországon, az ő hazai biztosítója fogja megtéríteni a magyar ellátások költségét a NEAK felé. Ilyen esetekben a külföldi nyugdíjas szintén S1 (E 121) nyomtatvánnyal kérhet magyarországi TAJ-számot, és ezt követően teljes jogú egészségügyi ellátást kap Magyarországon. A finanszírozás háttérében az áll, hogy az egészségügyi ellátás terhet mindig a nyugdíjat folyósító ország viseli, függetlenül attól, hol él a nyugdíjas.

3.3 Pénzbeli ellátások és nyugdíjak koordinációja

A koordináció nemcsak az orvosi ellátásokra, hanem a pénzbeli társadalombiztosítási ellátásokra is kiterjed. Ennek értelmében ha egy magyar biztosított például külföldön lesz keresőképtelen (beteg), akkor jogosult a magyar táppénzre, mintha itthon betegedett volna meg. A gyakorlati ügyintézésben ilyenkor a külföldi orvos által kiállított keresőképtelenségi igazolást el kell juttatni a NEAK-hoz (létezik erre nemzetközi nyomtatvány), és a NEAK folyósítja a táppénzt – akár külföldi bankszámlára is. Hasonlóképpen, egy magyar biztosított külföldön is igénybe veheti a csecsemőgondozási díjat vagy gyermekgondozási díjat (CSED, GYED), ha jogosult rá, mivel ezek exportálhatók. A munkanélküli ellátásokat (álláskeresői járadék) főszabály szerint abban az országban kell igényelni, ahol a személy utoljára dolgozott. Ugyanakkor a magyar álláskeresői járadék exportálható 3-6 hónapra, ha a jogosult egy másik tagállamban keres

munkát. Ezt a célország munkaügyi hatóságánál E 303 (új jelzéssel U2) nyomtatvánnyal lehet érvényesíteni.

A nyugdíjjogosultság megállapítása az egyes országokban szerzett biztosítási idők összegezésével történik, minden ország saját nyugdíj-részét fogja folyósítani, de a nyugdíjigénylést összehangoltan, egyetlen országban is be lehet nyújtani (az ottani hatóság továbbítja a kérelmet a többi érintett állam felé). Mindezen szabályok biztosítják, hogy a magyar biztosítottak a külföldi tartózkodás alatt, illetve másik tagállamba költözve is folyamatos védelemben részesüljenek, és ne essenek ki a társadalombiztosítási háló biztonságából.

3.4 Egészségügyi ellátások EU-tagállamok biztosítottjainak Magyarországon

A más EU-tagállamból (valamint az EGT-országokból vagy Svájcban) érkező biztosított személyek magyarországi ellátását ugyancsak az uniós koordináció rendezi. Turistaként vagy rövid tartózkodás esetén a külföldi biztosítással rendelkező személy az EU-Kártyája bemutatásával orvosilag szükséges ellátásokat vehet igénybe Magyarországon.

A magyar egészségügyi szolgáltatóknak az EU-Kártya alapján ugyanúgy kell ellátniuk a külföldi beteget, mintha magyar biztosított lenne. Ennek megfelelően a külföldi páciens is csak annyit fizet (pl. vizitdíjat, önrészt), amennyit egy magyar állampolgár fizetne az adott ellátásért. Az ellátás díját nem terhelhetik közvetlenül a betegre, a költségek megtérítése az illetékes külföldi biztosító felé történő elszámolással zajlik a háttérben. Ha egy külföldi állampolgár kifejezetten kezelés céljából jön Magyarországra (tehát előre megtervezetten, pl. egy műtetre), az EU-Kártya nem használható. Ilyen tervezett ellátáshoz a saját biztosítójának előzetes engedélyét kell kérnie (S2 nyomtatvány formájában), vagy az említett EU-direktíva alapján saját költségre veheti igénybe az ellátást és utólag igényelheti a hazájában a térítést.

Kiküldetésben lévő külföldi munkavállalók Magyarországon szintén EU-Kártyával kaphatnak sürgősségi ellátást, hiszen biztosításuk a kiküldő országhoz kötődik. Amennyiben a kiküldött személlyel a családtagjai is itt élnek, a saját országuk egészségbiztosítójától kapott S1 nyomtatvány alapján vehetik igénybe a teljes körű ellátást Magyarországon (TAJ-számot kapnak). Külföldi nyugdíjasok, akik nyugdíjuk mellett Magyarországon telepednek le, a nyugdíjfolyósító ország által kiállított S1 (E 121) nyomtatvánnyal regisztrálhatnak a NEAK-nál. Ezután jogosultak a magyar egészségügyi szolgáltatások teljes skálájára, a költségeket pedig Magyarország utólag

elszámolja az illetékes külföldi biztosítóval. Ugyanígy a határ menti ingázók (pl. szomszédos országból Magyarországra átjáró dolgozók) is S1 nyomtatvánnyal juthatnak teljes ellátáshoz a magyar rendszerben, ha lakóhelyük szerint itt is jogosultak akarnak lenni. Harmadik országok (EU-n kívüli államok) állampolgárai, ha legálisan tartózkodnak és dolgoznak az EU-ban, szintén az uniós koordináció hatálya alá tartozhatnak egy 2010-es rendelet alapján. Például egy Ukrajnából érkezett, de magyar biztosítással rendelkező munkavállaló ugyanúgy kap sürgősségi ellátást egy másik tagállamban EU-Kártyával, illetve ukrán biztosítotthoz hasonló módon Magyarország is nyújt bizonyos ellátásokat az itt tartózkodó harmadik országbelieknek a nemzetközi egyezmények vagy viszonyosság alapján.

3.5 Kétoldalú szociális biztonsági egyezmények

Magyarország az EU-n kívüli országokkal, és EU-csatlakozás előtt álló szomszédaival kétoldalú szociális biztonsági egyezményeket kötött a társadalombiztosítási jogok kölcsönös biztosítása érdekében. Ilyen egyezmények vannak például Szerbiával, Észak-Macedóniával, Montenegróval, Bosznia-Hercegovinával, valamint korábban Horvátországgal is (utóbbi 2013-ban EU-tag lett).

Az újabb generációs egyezmények, mint amilyen a magyar-horvát (2005), a magyar-montenegrói (2008) vagy a magyar-bosnyák (2009) egyezmény, széles körű szabályozást adnak a következő területeken: betegségi és anyasági ellátások, baleseti ellátások, nyugellátások, munkanélküli ellátások. Ezek azonos elveket követnek, mint az uniós koordináció. Például az egyezmények értelmében egy kiküldött munkavállaló továbbra is a küldő állam (pl. Magyarország) biztosítottja marad, és ott fizet járulékot, nem kell dupla biztosítást létesítenie a fogadó országban. Ugyanakkor jogosult marad a teljes körű egészségügyi ellátásra a kiküldő országban, sőt a kiküldetés ideje alatt a fogadó országban is ellátják sürgősségi esetben. Erre szolgál a kiküldetést igazoló formanyomtatvány (pl. HR/HU 128 a horvát-magyar egyezménynél). A kétoldalú egyezmények hasonló nyomtatványrendszert is alkalmaznak, mint az EU. Például a Montenegróban biztosított, de Magyarországon lakó személy a CG/HU 106 jelű nyomtatvánnyal regisztrálhat a NEAK-nál, és így jogosult lesz magyar ellátásra, miközben a montenegrói fél téríti meg a költségeket a magyar egészségbiztosítónak.

Az egyezmények a nyugdíjasok áttelepedésére is kitérnek. Ha valaki az egyik államban nyugdíjat kap, de a másik államban él, akkor a nyugdíjfolyósító intézmény igazolása (pl.

121-es nyomtatvány) alapján a lakóhely szerinti országban is teljes körű egészségügyi ellátásra jogosult, viszont az ellátás költségeit a nyugdíjat fizető ország viseli. Például egy Horvátországban nyugdíjas, de Magyarországon élő személy a horvát biztosító által kiállított HR/HU 121 nyomtatvánnyal magyar TAJ-számot kap, és ugyanúgy orvosi ellátást kap, mint a magyar nyugdíjasok. A magyar biztosító pedig a horvát féltől kéri el az ellátás költségének megtérítését.

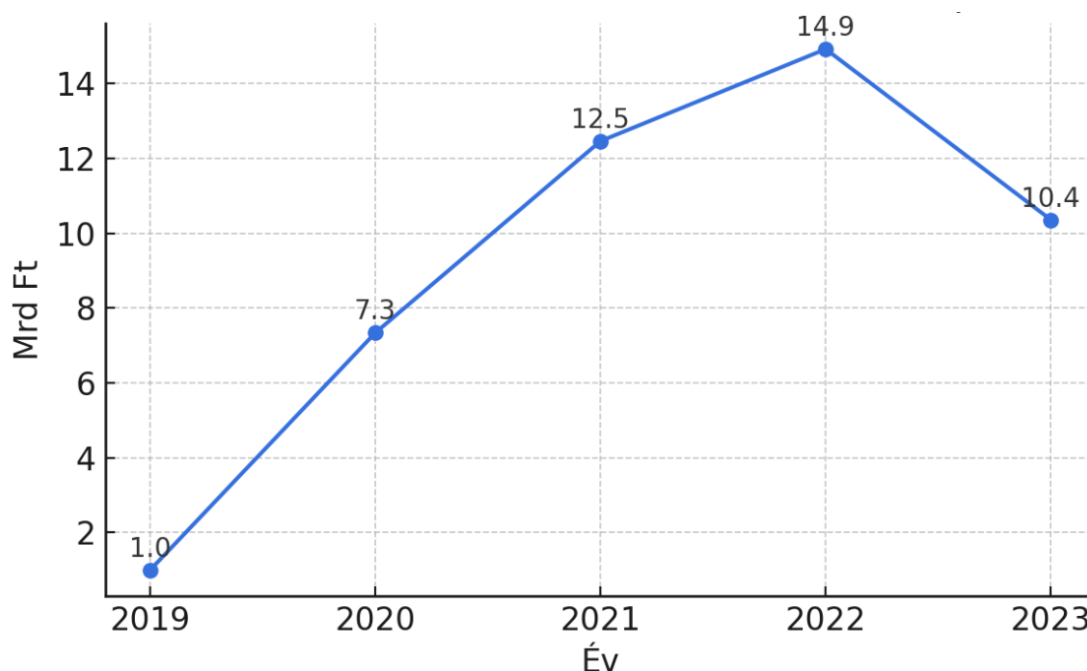
Fontos megemlíteni, hogy léteznek régebbi ún. szociálpolitikai egyezmények is, például az 1959-es magyar-jugoszláv egyezmény, amely ma Szerbiára, Észak-Macedóniára és Koszovóra vonatkozik. Ezek jellemzően szűkebb hatályúak: főként csak a sürgősségi egészségügyi ellátás térítésmentes igénybevételét biztosítják átmeneti tartózkodás esetén. A régi egyezmények a biztosítási kötelezettség és nyugdíjmegállapítás elveit is lefektették, de ma már ezeket részben felülírják az újabb megállapodások vagy EU-tag állam esetén az uniós jog. Összességében a kétoldalú egyezmények lehetővé teszik, hogy az érintett országok állampolgárai kölcsönösen élvezhessék az alapvető TB-ellátásokat a másik országban. Az EU-tagállamok között a koordinációs rendeletek ma már elsőbbséget élveznek (Horvátországgal az uniós szabályok alkalmazandók), de harmadik országokkal továbbra is ezek az egyezmények jelentik a jogi keretet. A finanszírozás ezekben is úgy valósul meg, hogy az ellátást nyújtó ország utólag megtérítést kap a jogosult hazájától, így egyik ország sem viseli egyedül a határon átnyúló ellátás terhét.

3.6 Nemzetközi elszámolások a társadalombiztosításban (2019–2025)

Az egészségügyi ellátások határon átnyúló igénybevétele folyamatos pénzügyi elszámolásokat eredményez az országok TB-intézményei között. Ha egy magyar biztosított külföldön vesz igénybe orvosi ellátást (EU-Kártyával vagy engedélyezett kezeléssel), annak költségét a NEAK téríti meg a külföldi szolgáltatónak/biztosítónak. Fordított esetben, ha egy külföldi biztosítottat látnak el Magyarországon, a NEAK jogosult a költségek megtérítésére a beteg külföldi biztosítójával. E tranzakciók gyűjtőnévén nemzetközi elszámolásokból eredő kiadások jelennek meg a magyar Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) költségvetésében. Ide sorolják az EU-tagállamokkal és egyéb egyezményes országokkal szemben felmerülő fizetési kötelezettségeket (valamint adott esetben a külföldi gyógykezelések árát is). Az E. Alap gyógyító-megelőző ellátások (GYÓGY-MEG) kasszáján belül elkülönítve nyilvántartják ezeket a kiadásokat. A rendelkezésre bocsátott adatok alapján elemezhető a nemzetközi elszámolások

kiadásainak trendje 2019 és 2025 között. Az alábbi ábra a GYÓGY-MEG kassza terhére kifizetett nemzetközi ellátási költségek alakulását mutatja:

3.1. ábra Nemzetközi elszámolásból eredő kiadások 2019-2023 (Mrd Ft)



Forrás: Szerzők

Az adatok szerint 2019-ben viszonylag alacsony összeg, mintegy 1,0 milliárd forint volt az ilyen jogcímű kiadás, ami a gyógyító-megelőző ellátások teljes költségének alig 0,08%-át tette ki. Ez a tétel azonban a rákövetkező években dinamikusan növekedett: 2020-ban ~7,3 Mrd Ft-ra (0,63%) emelkedett, 2021-ben elérte a 12,5 Mrd Ft-ot (0,66%), majd 2022-ben tetőzött közel 14,9 milliárd forinton, ami már megközelítette a GYÓGY-MEG kassza 0,74%-át. 2023-ban némi mérséklődés tapasztalható (~10,4 Mrd Ft, 0,46%). A növekvő tendencia hátterében több tényező állhat: egyrészt a külföldön munkát vállaló vagy letelepedő magyarok számának emelkedése (pl. nyugdíjasok, ingázók), másrészt a magyar egészségbiztosítás terhére külföldön végzett kezelések számának bővülése.

2020-2021-ben a COVID-19 világjárvány miatt bizonyos elszámolások átütemeződhettek, és 2022-re tolódva magas kifizetést eredményeztek. Emellett 2022-ben a nemzetközi utazások újraindulásával a külföldi ellátások száma is megugorhatott, ami megjelenik a kiadásokban. A 2024-2025-ös évekre vonatkozóan a magyar költségvetés előrejelzése további növekedéssel számol. A 2025. évi központi költségvetési törvényben a Nemzetközi egyezményből eredő és külföldön történő

ellátások kiadásai előirányzata már 29,3 milliárd forint körüli összeg (teljes éves keret) (NEAK, 2025).

Ez azt jelenti, hogy 2019-hez képest várhatóan meghússzorozódik ez a kiadási tétel. Bár abszolút értékben még így is a TB-alap kiadásainak töredékét jelenti (nagyjából fél-egy százalékát), a meredek emelkedés ráirányítja a figyelmet a nemzetközi elszámolások jelentőségére. A lenti táblázat összefoglalja a nemzetközi elszámolási kiadások arányát a GYÓGY-MEG kassza teljes költségvetésén belül:

3.1. táblázat Nemzetközi elszámolások kiadása és aránya a GYÓGY-MEG kassza kiadásaiból

Év	Nemzetközi elszámolások kiadása (Mrd Ft)	Arány a GYÓGY-MEG kassza kiadásaiból (%)
2019	1,0 Mrd Ft	0,08%
2020	7,3 Mrd Ft	0,63%
2021	12,5 Mrd Ft	0,66%
2022	14,9 Mrd Ft	0,74%
2023	10,4 Mrd Ft	0,46%
2025* (terv)	~29,3 Mrd Ft	~1,3% (becsült)

Forrás: Szerzők

Megjegyzés: a 2025. év adata az előirányzat, nem tényleges teljesítés. Látható, hogy 2022-re az arány közelítette az egy százalékot, majd 2023-ban visszaesett. A 2025-re tervezett összeg – ha a GYÓGY-MEG kassza kiadásai nem nőnek arányosan – akár 1% fölé is emelheti az arányt. Ez mindazonáltal még mindig alacsony részesedés, de nem elhanyagolható tétel. A nemzetközi elszámolások kezelését a NEAK külön részlege végzi, mivel bonyolult adminisztratív folyamatokról van szó. Az Állami Számvevőszék egy 2020-as jelentése is foglalkozott azzal, hogy a NEAK megfelelően érvényesíti-e a külföldi biztosítókkal szembeni követeléseit (ÁSZ, 2025).

A hatékony együttműködés kulcsfontosságú, hiszen a NEAK-nak meg kell térítenie a külföldön igénybe vett ellátásokat, ugyanakkor be kell hajtania a külföldiek magyarországi ellátásainak költségeit. A végső cél az, hogy a rendszer pénzügyileg kiegyensúlyozott legyen, és a nemzetközi mobilitásból fakadó terheket igazságosan osszák meg az országok.

3.7 Kontrollkérdések

- a. Mi az uniós szociális biztonsági koordináció célja?
- b. Miben különbözik a koordináció az egységes rendszertől?
- c. Mely rendeletek szabályozzák jelenleg az EU-s koordinációt?
- d. Mi a „egy állam joga alá tartozás” elv lényege?
- e. Mit jelent az ellátások exportálhatósága?
- f. Mire jogosít az Európai Egészségbiztosítási Kártya?
- g. Miben különbözik a sürgősségi ellátás és a tervezett gyógykezelés külföldön?
- h. Mi az S2 nyomtatvány szerepe?
- i. Mit jelent a kiküldetés TB szempontból és mi az A1 igazolás?
- j. Hogyan alakul az ellátás határon át ingázók esetén?
- k. Milyen szabályok vonatkoznak a külföldre költöző nyugdíjasokra?
- l. Hogyan történik a pénzbeli ellátások (pl. táppénz) koordinációja?
- m. Mi a főszabály a munkanélküli ellátásoknál nemzetközi helyzetben?
- n. Milyen szerepük van a kétoldalú szociális biztonsági egyezményeknek?
- o. Mi jellemzi a nemzetközi elszámolások trendjét 2019–2025 között?

3.8 Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
EU-s koordináció	Nemzeti TB-rendszerek összehangolása a mobilitás biztosítására
883/2004/EK rendelet	Az uniós TB-koordináció alapvető jogszabálya
Egy állam joga	Egyszerre csak egy ország TB-je alkalmazandó
Ellátások exportja	Pénzbeli ellátások külföldre is folyósíthatók Pl. táppénz, CSED, GYED, nyugdíj
Európai Egészségbiztosítási Kártya	Sürgősségi / szükséges ellátásra jogosít külföldön
S2 nyomtatvány	Előzetesen engedélyezett külföldi gyógykezelés
S1 nyomtatvány	Lakóhely szerinti országban teljes ellátásra jogosít

A1 igazolás	Kiküldetés esetén a biztosítási jogviszony igazolása
Kiküldetés	Ideiglenes külföldi munkavégzés magyar biztosítással
Határ menti ingázó	Másik országban dolgozik, de lakóhelye eltér
Kétoldalú egyezmény	EU-n kívüli országokkal kötött TB-megállapodás
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, magyar egészségbiztosító és elszámoló szerv
Nemzetközi elszámolás	Országok közötti költségtérítés egészségügyi ellátásokért

3.9 Ábra és táblázatjegyzék

3.1. ábra Nemzetközi elszámolásokból eredő kiadások 2019-2023 (Mrd Ft) 9

3.1. táblázat Nemzetközi elszámolások kiadása és aránya a GYÓGY-MEG kassza kiadásaiból 10

3.10 Hivatkozások

- Állami Számvevőszék (2025). <https://www.asz.hu/>
- Adózóna (2025). Mit kell tudni az uniós koordinációs tb-rendeletekről? https://adozona.hu/jogtar/713399_Mit_kell_tudni_unios_koordinacios_tb#:~:text=,el%C5%91%C3%ADr%C3%A1sok%20magyarorsz%C3%A1gi%20v%C3%A9grehaj%C3%A1s%C3%A1val%20kapcsolatos%20r%C3%A9szletszab%C3%A1lyokat
- NEAK (2024). Tájékoztató a magyar egészségbiztosítás szolgáltatásainak nyújtására szerződött szolgáltatók számára az Európai Gazdasági Térség tagállamaiból, Svájcban és Magyarországgal egészségügyi ellátásra vonatkozó egyezményt kötött államokból érkező személyek egészségügyi ellátásáról. https://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/nemzetkozi_ugyek/tajekoztato_a_magyar_egesezesegbiztositas_szolg#:~:text=Az%20Eur%C3%B3pai%20Eg%C3%A9szs%C3%A9gbiztos%C3%ADt%C3%A1si%20K%C3%A1rtya%20nem,ig%C3%A9nybe%20v%C3%A9tel%C3%A9nek%20c%C3%A9lj%C3%A1b%C3%B3l%20utazott%20Magyarorsz%C3%A1gra
- NEAK (2025). Az Egészségbiztosítási Alap 2025. évi költségvetésének pénzforgalmi teljesítése. https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/gazd

[alkodasi_adatok/koltsegvetes_beszamolok/EAlap_bevetel_kiadas/E_Alap_2025_januar.pdf2&inline=true#:~:text=NEAK%20www,193%2C8](#)

4 Visszatekintés: az Egészségbiztosítási Felügyelet három és fél éve

Szerző: Benke Tibor

Tartalom

4	Visszatekintés: az Egészségbiztosítási Felügyelet három és fél éve.....	0
4.1	Bevezetés: A Felügyelet létrehozása és törvényi alapja.....	1
4.2	Az Egészségbiztosítási Felügyelet Felügyeleti Tanácsa	4
4.3	Az egészségbiztosítási Felügyelet munkája évek szerint	7
4.3.1	Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2007. évi tevékenysége	7
4.3.2	Az Egészségbiztosítási Felügyelet második éve (OGY EÜ bizottság 2009. február 11-i ülése)	9
4.3.3	Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2009-ben	13
4.3.4	A Felügyelet utolsó éve és megszűnése	15
4.4	Összefoglalás: Egészségügyi Gestapo vagy a betegek érdekvédője?	17
4.5	Kontrollkérdések	19
4.6	Kulcsfogalmak és rövidítések.....	19
4.7	Hivatkozások	20

4.1 Bevezetés: A Felügyelet létrehozása és törvényi alapja

Közhelynek számít, hogy az egészségügy reformja az egyik legneuralgikusabb, legnagyobb kihívást jelentő pontja nem csak hazánk, Magyarország, hanem minden jóléti állam számára is. Vitán felül áll az a tény, hogy Magyarország rendszerváltás utáni történetében a legnagyobb mérvű egészségügyi rendszerátalakítási kísérlet a 2006-ban megkezdett reform volt, ám ennek eredményessége, megalapozottsága és hatékonysága már jóval több kérdést vet föl, főleg akkor, ha tudatában vagyunk annak, hogy az egészségügyi reform számos szimbolikus vívmánya időközben megszűnt (pl. vizitdíj), vagy ki sem épült (pl. több-biztosítós modell). A megvalósult újítások mellett van egy harmadik, sajátos csoportja a reform által kreált intézményeknek, amelyeket létrehoztak és működnek ugyan, de időközben átalakult szerepkörük, megváltozott eredeti rendeltetésük. Ennek a csoportnak a képviselője a három és fél évet megélt Egészségbiztosítási Felügyelet (a továbbiakban: EbF), amelynek megszületésének és működésének legfontosabb momentumait emeli ki ez a munka.

Az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 2006. évi CXVI. törvény

A 22 paragrafusból álló törvény első jelentős része – az általános körülhatárolásokat követően (1. §) – a Felügyelet jogállását taglalja (2-5. §). A kormányhivatal élén egyszemélyi vezetőként az elnök áll, akit az egészségbiztosításért felelős miniszter javaslatára a miniszterelnök hatéves időtartamra nevez ki és ment föl (2. § (3)). Az elnök munkáját az eredetileg hétagú, majd 2008-tól elvileg tíztagú Felügyeleti Tanács segíti, amelynek tagjait a miniszterelnök nevezi ki hat évre. A Felügyeleti Tanács a társadalmi kontrollt hivatott megvalósítani a Felügyelet fölött, ám ez – ahogyan majd a Tanácsról szóló fejezetben majd kiviláglik – a gyakorlatban meglehetősen csekély ellensúlyt jelent.

A Felügyelet hatáskörét a törvény három pontban foglalja össze (6. § (1))

- (a) az egészségbiztosítási szolgáltatást igénybe vevők jogainak védelme,
- (b) az egészségbiztosítók, továbbá az egészségbiztosítási szolgáltatást nyújtók szakmai, minőségi ellenőrzése,
- (c) az egészségbiztosítási szolgáltatások teljesítésének ellenőrzése.

A következő paragrafusok tovább pontosítják, ez által mintegy kijelölik a Felügyelet hatáskörét: a 7. § tartalmazza talán a legfontosabb rendelkezést, amelynek értelmében az EbF hagy jóvá valamennyi szolgáltatási szerződést, amelyet az OEP-pel kötnek. A

„szentesítés” nélkül megkötött finanszírozási megállapodások automatikusan érvénytelenek. A másik, hasonló horderejű, közép-és hosszú távon is kiemelkedő jogkör az egészségügyi minőségértékelési rendszer kialakítása és működtetése (8. §). Mindezekkel összefüggésben a Felügyeletnek joga van ellenőrizni az Egészségbiztosítási Alapot, amely egyrészt a költségvetés és zárszámadás véleményezésében mutatkozik meg, másrészt pedig ellenőrzést kezdeményezhet az E-alap fölhasználását illetően, valamint véleményezi az ellátásokat meghatározó jogszabályok tervezeteit (15-16. §).

Rendkívül erős jogosítványt jelent az, hogy a Felügyelet döntései ellen fellebbezésnek helye nincs, jogorvoslattal csak a bírósághoz lehet fordulni (6. § (4)).

Összefoglalva tehát a Felügyelet hatósági jogköreit, azokat négy főbb csoportba sorolhatjuk:

I. A biztosítottak egészségbiztosítási szolgáltatásokkal kapcsolatos panaszainak, bejelentéseinek kivizsgálása, azonban a Felügyelet hivatalból is vizsgálódhat. E jogkörében a Felügyelet ötféle intézkedést foganatosíthat: megtilthatja a jogsértő magatartás folytatását, felszólíthatja a szolgáltatót kötelességeinek teljesítésére, a biztosított kérelmére másik, hasonló progresszivitású intézményt jelölhet ki, felügyeleti bírságot szabhat ki, illetve felszólíthatja a szolgáltatót a finanszírozási szerződés fölfüggesztésére, súlyosabb esetben fölmondására.

Ehhez a jogkörhöz kapcsolódóan a Felügyelet ellenőrzi a szolgáltatásokhoz való hozzáférést és azok minőségét, illetve az egyenlő bánásmód követelményét.

II. Másik kiemelkedő jelentőségű jogköre a finanszírozási szerződések jóváhagyása, illetve ezek fölülvizsgálatának kezdeményezése.

III. Harmadik fő területi körébe a gyógyszerüggyel kapcsolatos hatósági jogosítványok tartoznak, így a Felügyelet minősíti a szolgáltatók minden gyógyszer- és gyógyászati segédeszközzel kapcsolatos számítógépes rendszerét, ő a gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyének jogosultja. A gyógyszerüggyel kapcsolatos hatáskörében 500 ezer Ft-tól 25 millió Ft-ig terjedő bírságot szabhat ki.

IV. Végül a Felügyelet bizonyos ügyekben másodfokú hatóságként jár el, amelyek a következők:

(a) a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatásba való befogadása tárgyában benyújtott fellebbezési kérelmek,

- (b) az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal külföldi bizonyítvány elismerésével kapcsolatban hozott határozatával szemben benyújtott fellebbezések,
- (c) a külföldi gyógykezelések társadalombiztosítási támogatására vonatkozó, egészségbiztosító által hozott határozat ellen benyújtott kérelmek,
- (d) a gyógyszerterek finanszírozási előlege tárgyában előterjesztett fellebbezések,
- (e) az Országos Gyógyszerészeti Intézet által lefolytatott elsőfokú reklámfelügyeleti eljárásban hozott határozat ellen benyújtott fellebbezési kérelmek,
- (f) az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által méltányossági jogkörben hozott határozatával szemben benyújtott fellebbezési kérelmek.

A jogszabályból fontos még kiemelni a gazdálkodására vonatkozó részt, amely a Felügyelet négy bevételi forrását jelöli meg: a felügyeleti díjat (amelyet az egészségbiztosítási szervek fizetnek), az igazgatási-szolgáltatási díjat, a felügyeleti bírságot és az egyéb bevételeket (20. § (1)). A törvény 2007. január elsején lépett hatályba (ténylegesen 2007. február 5-én alakult meg a hatóság). A jogszabályt általánosan tekintve, fölmerülhet a kérdés, hogy a Felügyelet szervezeti fölépítésénél a jogalkotó alkalmazott-e már valamilyen, kormányhivatalnál működő sémát, vagy egy újat hoztak létre. A hét kormányhivatal (Központi Statisztikai Hivatal, Nemzeti Hírközlési Hatóság, Magyar Energia Hivatal, Országos Atomenergia Hivatal, Magyar Szabadalmi Hivatal, Egészségbiztosítási Felügyelet, Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete) vezetésének szerkezetét áttekintve kissé túlozva azt mondhatjuk, hogy ahány hivatal, annyiféle megoldás. Az EbF-hez – meglepő módon – talán a Magyar Szabadalmi Hivatal (1995. évi XXXIII. törvény 115/D. §) szervezeti fölépítése hasonlít legjobban, ugyanis annak élén is a miniszterelnök által kinevezett elnök áll és helyetteseit a felügyeletet gyakorló miniszter nevezi ki (igaz, az Egészségbiztosítási Felügyelet esetében csak egy helyettesről van szó, míg a Szabadalmi Hivatalnál kettőről).

További hasonlóság még, hogy a Hivatal mellett működik egy tanácsadó testület is, a Magyar Szellemtulajdon-védelmi Tanács (1995. évi XXXIII. törvény 115/F. §), amely a saját szakterületén hozzávetőlegesen ekvivalens tevékenységet végez, mint az EbF-nél a Felügyeleti Tanács, azonban a tagok összetételénél már különbségek is találhatunk. A Szabadalmi hivatalnál ugyanis az elnök jelöli a tagokat öt évre – legfőljebb tizenöt tagot – és a felügyeletet gyakorló miniszter nevezi ki őket.

Érdekes azonban az, hogy az EbF-fel „rokon” hatóságok struktúrája esetenként egészen eltérő, noha az ő esetükben is kormányhivatalokról van szó: a Nemzeti Hírközlési Hatóság (2003. évi C. törvény 14. §) esetében például nem is egyszemélyi vezetőt találunk, hanem az irányítás feladatát a hét tagból álló Tanács látja el, amelyből hat tagot a felügyelő miniszter nevez ki, a Tanács vezetését elnökként ellátó személyt pedig a miniszterelnök.

A Magyar Energia Hivatal elnökét és elnökhelyettesét a felügyelő miniszter javaslatára a kormányfő nevezi ki. A Központi Statisztikai Hivatal (1993. évi XLVI. törvény 4. §) vezetőjét és helyetteseit szintén a miniszterelnök nevezi ki, ám itt is találunk egy tanácsadó szervet, az Országos Statisztikai Tanácsot (1993. évi XLVI. törvény 7. §), amely elsősorban szakmai testület. Az Országos Atomenergia Hivatal vezetője fölött pedig „csak” a felügyelő miniszter gyakorolja a munkáltatói jogokat (114/2003. (VII. 29.) Kormányrendelet 2. § (2)).

Egy másik szélsőséget képvisel – megmutatva kiemelt helyét a kormányhivatalok sorában – a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete (2007. évi CXXXV. törvény. 12., 16. §), amelynek elnökét a miniszterelnök javaslatára az államfő nevezi ki. A szervezet két alelnökét a felügyeleti elnök javaslatára a kormányfő nevezi ki. Ehhez a hatósághoz kapcsolódik még egy kuriózum, igaz, csak 2010. január óta: a pénzügyminiszterből, a Felügyelet elnökéből és a jegybank elnökéből álló Pénzügyi Stabilitási Tanács. Az esetenként igen eltérő szabályozások ellenére mégis azt mondhatjuk, hogy a Felügyelet vezetését tekintve beleilleszkedik a legtöbb kormányhivatal sémájába: az elnököt ugyanis legtöbbször a miniszterelnök nevezi ki, helyettesét vagy helyetteseit pedig a felügyeletet gyakorló miniszter.

4.2 Az Egészségbiztosítási Felügyelet Felügyeleti Tanácsa

Ahogy a történelmi bevezetőből is kitűnt, az egészségbiztosítási alapok társadalmi ellenőrzése mindig is neuralgikus pontnak számított a magyar társadalombiztosítás történetében, különösen a rendszerváltást követően. A biztosítottak „legradikálisabb” bevonása az ellenőrzésbe kétségtelenül az 1993-ban megválasztott Társadalombiztosítási Önkormányzatok révén valósult meg, ám az a konstrukció csődöt mondott, majd azt követően hosszú ideig semmiféle társadalmi kontrollról nem beszélhetünk. Éppen ezért az Egészségbiztosítási Felügyelet 2006-os kialakításánál is viták keresztüzébe került ez a kérdéskör. Az a kormányzati szándék, hogy a 2005-ben létrehozott, a Parlamenthez

szorosan kötődő Egészségügyi Ellenőrző Testületet megszüntetik, a kezdetektől világos volt, de ahogyan a törvényjavaslat vitájánál részletesen kifejtettem, az eredeti forgatókönyv szerint a Felügyelet szervezetére és a Felügyeleti Tanácsra vonatkozó valamennyi szabályozás hiányzott az indítványból, ugyanis azt kormányrendeletben kívánták szabályozni. A már bemutatott többféle változat közül végül a hét főből álló testületi forma került be a törvénybe. A Felügyeleti Tanács tagjait – két-két tagot az egészségügyi, illetve pénzügyminiszter, egy-egy tagot az Érdekegyeztető Tanács, egy tagot pedig a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány javaslatára – 2007. április 1-jei hatállyal nevezte ki Gyurcsány Ferenc miniszterelnök.

A Tanács tagjai személyükben nem utasíthatóak, delegálójuktól és a kormánytól függetlenül működnek. Maguk közül egyszerű többséggel elnököt választanak, aki 2009-ig Katona Tamás volt, azóta pedig a kétes ügyekbe is belekeveredett (hvg.hu - Rejtélyes milliók vándoroltak Matejka Zsuzsa számlájára?) Matejka Zsuzsanna, Horváth Ágnes egykori egészségügyi miniszter kabinetfőnöke. A Tanács legalább havonta egyszer köteles ülésezni (2006. évi CXVI. törvény 3. § (5).), amely akkor határozatképes, ha a tagok legalább fele jelen van. Döntéseit összes tagjának többségével hozza. A Tanács a Felügyelettől függetlenül működik, de a működéséhez szükséges infrastruktúrát az EbF Elnöki Kabinetén keresztül a Felügyelet szolgáltatja, amelynek elnöke tanácskozási joggal részt vehet a Tanács ülésein.

Általánosságban annyit még el kell mondanunk, hogy időközben, 2008-ban, az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium kezdeményezésére tíz tagúra bővült a Tanács létszáma: a meglévők mellé még egy-egy tagot jelölhet az Érdekegyeztető Tanács mindkét oldala, új delegálóként pedig megjelent a Miniszterelnöki Hivatal vezető miniszter is, aki egy tagot ajánlhat a miniszterelnök figyelmébe (I. m. 3. § (2).). Kormányzati körökben jártas informátorom, Bíró Boldizsár szerint e módosítás mögött a nyugdíjas lobbi húzódik meg, a Miniszterelnöki Hivatal tagjelöltje ugyanis mindig a nyugdíjas szervezetek tagságából kerülne ki. A valóság azonban az, hogy soha nem nevezte ki a három új tagot a miniszterelnök, így mindvégig hét taggal működött a testület.

Nem közömbös azonban az, hogy ezáltal a Tanács működőképessége veszélyeztetett helyzetbe kerül azáltal, hogy a határozatképességet és döntésképeséget tíz fő alapján kell számolni, akiknek közel harmada eleve hiányzik.

A Tanács gyakorlati tevékenységéről alapvetően az mondható el, hogy szakmai, esetenként „ellenszegülő” megfontolásokat fogalmaz meg a Felügyelet, vagy éppen a minisztérium felé, ám tényleges súlyuk meglehetősen csekély, a minisztérium szemében sokszor inkább csak a szükséges rossz benyomását keltik.

Módom nyílt tanulmányozni a Tanács féléves munkaterveit, amelyből az derül ki, hogy tevékenységük túlnyomórészt a törvényben meghatározott jóváhagyási, majd véleményezésre változtatott jogkörök betöltésére korlátozódik. Ezt a nem túl jelentős befolyást támasztja alá az a tény is, hogy a félévente elkészített felügyeleti beszámolóban a Felügyeleti Tanácsnak rendszerint csak egy-két oldal jut. A következő bekezdésekben ezeket a rövid beszámolókat foglalom össze.

- Az első, 2007-ről szóló beszámolóból (ebf.hu)¹ amellet, hogy a Tanács elismerését fejezi ki a beszámoló összeállítását, illetve a Felügyelet működését illetően, megtudhatjuk, hogy a Tanács 2007. április 26-án tartotta meg alakuló ülését, és hogy a Tanács ülésein az elnökön túl az elnökhelyettes is rendszeresen részt vesz.
- A 2008. első félévi beszámolóban a Felügyeleti Tanácsra vonatkozóan csupán annyi olvasható, hogy hozzájárulnak a féléves beszámoló miniszterhez történő eljuttatásához.
- A 2008. évi értékelőben már több releváns információ található, így például az, hogy a Tanács nem értett egyet a több-biztosítás rendszer kialakításával és a magánszektor ilyenfajta bevonásával.
- A 2009. első félévi beszámoló a másik félévi értékeléshez hasonlóan csak az elnök által aláírt hozzájárulási nyilatkozatot tartalmazza a Tanács részéről, ám azt már az új elnök írta alá 2009. július 14-én és már nem az elnöknek, hanem helyettesének Holchacker Péternek címezték.
- A 2009. évet összegző tanulmányban található tanácsi állásfoglalás szintén elismerően nyilatkozik a „a magyar egészségügy és az egészségbiztosítás fontos és megkerülhetetlen szereplőjéről”, azaz a Felügyeletről. A Tanács beszámolójából megtudhatjuk, hogy elnökváltásra Katona Tamás új állami megbízatása miatti lemondása miatt volt szükség, s az új elnököt 2009. május 15-én választották meg. Az így kiesett tagot a pénzügyminiszter javaslatára a

¹ A Felügyelet honlapja a megszűnését követően 2011 májusáig működött

miniszterelnök pótolta Román Zsuzsanna személyében. A Tanács sajnálattal vette tudomásul Kovácsy Zsombor távozását (a későbbiekben erről még szólunk), s fölhívta a döntéshozók figyelmét az új elnök, illetve a hiányzó tagok kinevezésének fontosságára (máig egyik sem történt meg).

Mindent összevetve a Felügyeleti Tanács munkássága csak igen nehézkesen nevezhető társadalmi-civil kontrollnak, ugyanis a tagok felét miniszterek jelölik (a tényleges hétből pedig négyet) és a miniszterelnök nevezi ki őket hat évre. Ez a tény akkor sem elhanyagolható, ha a tagok személyükben függetlenek és nem a delegálójukat képviselik, hanem „szabad mandátummal” rendelkeznek. Ezen túl a Tanács jogkörei igen korlátozottak, s komolyabb érdekérvényesítő képességgel nem rendelkezik. Ezekre a problémákra ráakodik még a legitimáció problémaköre is, amelyre az Alkotmánybíróság is rámutatott. A Tanácsról tehát elmondható, hogy noha szakmai tevékenysége elismerésre méltó, a régóta problémát jelentő társadalmi kontrollt csak igen korlátozottan és feltételesen tudja ellátni.

4.3 Az egészségbiztosítási Felügyelet munkája évek szerint

4.3.1 Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2007. évi tevékenysége

Egy hatóság tevékenységének vizsgálatakor az az alapvető kérdés, hogy a törvényben meghatározott célokat mennyire tudja az megvalósítani, illetve hogy az adott hatáskörök tekintetében tapasztalható-e párhuzamosság más hatóságok tevékenységével összevetve. Az Egészségbiztosítási Felügyelet elemzésekor is ezt a csapásirányt igyekszem követni (a felügyeleti beszámolók, kapcsolódó hírek, elemzések és parlamenti felszólalások segítségével), ugyanis a hatóság ellen leggyakrabban fölhozott ellenérv az, hogy jelenlegi formájában szükségtelen intézmény, ugyanis jogköreit más hatóságok is el tudnák látni. Nem szabad tehát elfelejtenünk azt, hogy sok esetben a Felügyelet saját hatáskörének kimerítését követően továbbadja az ügyet a megfelelő „testvérhatóságnak”, így a Felügyelet eljárása folytatódhat. Ilyen fórum lehet a finanszírozási szerződést megkötő OEP, nem állami szolgáltató esetében a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyelete, az egyes kórházi osztályok és szolgáltatók működéséi engedélyét kiadó ÁNTSZ, a fogyasztók érdekeit védő Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóság, de szükség esetén az állampolgári, vagy az adatvédelmi ügyek országgyűlési biztosa is vizsgálódhat.

Van azonban még egy alapvetés, amelynek ismerete nélkül az elemzés tévútra tévedhet. Ez a sajátosság a Felügyelet kettős küldetéséből fakad, ugyanis az EbF egyrészt

pragmatikus ellenőrző szerv, vagy ahogyan ellenségei sarkosan fogalmaztak: minisztériumi gestapo (Kovácsy NOL interjú), de egyben fontos hosszú távú egészségügyi minőségbiztosítási feladatokat is ellát (pl. minőségi indikátorrendszer).

A Felügyelet első, 2007-ről szóló beszámolója (ebf.hu) még csonka évről készült, így abban főként a hatóság föllállításának „hőskoráról” olvashatunk. A felügyelet székhelye például először ideiglenesen Budapesten, a Teve utca 1/a-c-ben volt, megalakulásától, 2007. február 5-től 2007. november 1-ig, amikor végleges helyére, a Váci út 30. szám alatt lévő irodaházba költözhetek.

A Felügyelet 50 fővel és 5 főosztállyal – Elnöki kabinet, Jogi és hatósági főosztály, Módszertani és informatikai főosztály, Ellenőrzési főosztály, valamint Gazdasági főosztály – kezdte meg működését.

Érdemes vizsgálat alá vonni a Felügyelet munkatársainak összetételét, ugyanis arra még utalni fogok a későbbiek folyamán is. Noha a most közölt adatok még csak 37 fős szakembergárdát fednek le (Kovácsy 2007), mégis, jól tükrözik a Felügyelet humánpolitikáját, amelyben a Felügyelet eddigi élete során nem volt jelentős változás. A 2007. augusztus 17-i állapot szerinti 37 főre összesen 43 diploma jutott, tehát nem ritkák a többdiplomás munkatársak, illetve olyanok is vannak, akik még valamilyen tanulmányt folytatnak. A 43 diplomából 16 jogász volt, 6 közgazdász, 5 orvos, 5 szociális, 5 közigazgatási, 4 műszaki és 2 egyéb. Az átlagéletkor ekkor 33 év volt, tehát elmondható, hogy a Felügyelet munkatársai fiatalok, jól képzettek és jellemzően jogi, közgazdász és egészségügyi felsőfokú végzettséggel rendelkeznek.

A Felügyelethez 2007-ben összesen 4831 megkeresés érkezett (a 2008 és 2009. évre vonatkozóan ez az adat kb. hatezer), amelynek 66%-a tájékoztatáskérés, 34%-a panasz volt (az arány nagyjából változatlan azóta). A Felügyelet „népszerűségéhez” nagyban hozzájárult az, hogy ebben az időben az egészségügyi reform számos problémát vetett föl, amelyeknek megoldását az EbF-ben, mint új, „tisztá” intézményben látták biztosítotttnak. A Felügyelet ismertségének használtak a gyakori médiamegjelenések, amelyeket kezdetben főként a vizitdíjjal, várólistákkal kapcsolatos kérdések indukáltak (2007-ben összesen 148, a későbbiekben 200 körül), de maga a hivatal is igyekezett „népszerűsíteni”, egyáltalán, megismertetni magát.

Így például 2007 nyarán részt vettek a Városligetben az Egészségliget 2007 nevű rendezvényen, de a Sziget Fesztiválon is képviseltették magukat (2008-ban is).

A Felügyelet már az első évben 463 elsőfokú határozatot hozott, amely csaknem megközelítette a későbbi 600-700-at. A határozatok 190 esetben bírságot szabtak ki, amelyek közül 2007-ben a legnagyobb tételt a soproni Erzsébet Kórházra kiszabott 8 millió forintos büntetés képezi. Az elsőfokú döntések 64%-a nem állapított meg semmilyen jogsértést.

Már 2007-ben nekiláttak kialakítani az indikátorrendszert, amelynek első szakaszában az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézettel (ESKI) együttműködve elérhetővé tették a kórházak strukturális jellemzőit (pl. ágyszám, kihasználtság, átlagos ápolási idő stb.), de elkezdték a saját stratégia és kérdőívek megalkotását is, amelyeknek kitöltése már 2007. év végén megkezdődött.

A Felügyelet első évében további kiemelkedő esemény volt módszertani szempontból az egyes kórházak várólistáinak áttekintése, hozzáférhetősége, azok értékelése.

Az új hatóság 2007-ben összesen 546.378.000 Ft-ból gazdálkodott, amelynek közel 86%-át, 468.544.000 Ft-ot, az állami költségvetés biztosított, míg a Felügyelet négyszeresen túlteljesítve magát, 77.834.000 forintra tett szert, amelyből közel 31 millió Ft bírságból származik. A kiadási oldalon összesen 387.129.000 Ft állt, tehát 159.249.000 Ft maradvány képződött, köszönhetően a takarékos gazdálkodásnak, illetve az előzetes számításokat meghaladó saját bevételeknek.

Összességében elmondható az, hogy a Felügyelet rövid időn belül állt föl és hamarosan nagy ismeretségre tett szert a meglehetősen gyors egészségügyi változások viharában és kereszttüzeiben. Első évét a konkrét hatósági ügyek ellátása mellett helyének meghatározásával és profiljának kialakításával töltötte.

4.3.2 Az Egészségbiztosítási Felügyelet második éve (OGY EÜ bizottság 2009. február 11-i ülése)

A Felügyelet működésének második esztendejéről már két összefoglaló is segíti munkánkat: az EbF 2008/1. félévét, illetve a teljes évet összefoglaló jelentése (ebf.hu).

Ebben az évben már végleges létszámmal és teljes infrastruktúrával dolgozhatott a Felügyelet, ismeretségük is megalapozottá vált, így a megkeresések száma mintegy hatezer volt, amely a 2007-es adathoz viszonyítva 50%-os emelkedést jelentett. Az átlagos válaszadási idő 20 nap volt, amely 2009-re csaknem felére csökkent le.

A beszámoló kiemeli, hogy a Felügyelet fontos szerepet játszik az egészségpolitikai döntés-előkészítés folyamán, fokozza a nyilvánosságot és az átláthatóságot. Ennek

alátámasztására idézik az Európai Egészségügyi Fogyasztói Index (EHCI) 2008-as eredményét, amely alapján a magyar egészségügy 31 ország közül a 14. helyre kerül, amely az egy évvel azelőttihez képest tíz hely előrelépést jelent.

A kutatóintézet vezetője, Johan Hjertqvist a beszámoló szerint elektronikus levélben gratulált az eredményhez a magyar egészségügyi információk nyilvánosságának javításában élenjáró Felügyeletnek.

A nyilvánosság témaköréhez tartozik az a tény, hogy a Felügyelet 2008-ban 253 sajtómegjelenést teljesített, amely szintén bővülést jelent az előző évhez képest nem csak abszolút számban kifejezve, hanem a sajtópartnerek mennyiségében is.

Már az elemzés is utal arra a konfliktusra, amely az egészségügyi intézményvezetők felől fogalmazódik meg a Felügyelettel szemben. A beszámoló kiemeli, hogy az igazgatók nehezményezik a Felügyelet helyszíni ellenőrzési gyakorlatát, amely esetenként „tettenérés-szerű”, azaz a Közigazgatási eljárási törvény fölhatalmazása alapján a Felügyelet nem köteles előre bejelenteni ellenőrzési szándékát². E probléma emberi oldalát megvilágítva pedig azt láthatjuk, hogy a kórházigazgatók nem „szocializálódtak” arra, hogy őket ellenőrizzék, főként nem egy olyan új hatóság, amelynek állománya túlnyomórészt fiatal szakemberekből áll és új, menedzser-megközelítésű nézőpontot érvényesítenek.

A Felügyelet 2008-ban 728 elsőfokú határozatot hozott, amely másfélszer több, mint az egy évvel korábbi adat. A hatóság 253 esetben szabott ki bírságot egészségügyi szolgáltatóra, amely hatvannal több, mint egy évvel azelőtt. Ez az adat pénzben kifejezve 79.610.000 Ft-ot jelent, amely jóval meghaladja a 2007-es összbüntetési összeget, amely akkor a 28 millió forintot sem érte el, azaz csaknem háromszor annyi bírságot rótt ki a Felügyelet, mint egy évvel korábban. Ezt a tényt tovább árnyalja az az információ, hogy a büntetés összege a 253 esetből 29 alkalommal meghaladta az egymillió forintot, míg 2007-ben csupán öt esetben került sor milliós nagyságrendű bírság kiszabására.

A büntetések másik nagy csoportja a hatóság gyógyszerfelügyeleti hatásköréből származik, amely a 2008. évben 48,5 millió forint volt, szemben a 2007-es három millió forinttal, amely ráadásul egy cégtől származott. A látványos növekedés egyik oka az, hogy a Felügyelet a megszorított gyógyszerügyek kezelésére 2008. november 1-jén

² Erre utal a már idézett gestapo elnevezés is.

létrehozott egy önálló csoportot a Jogi és hatósági főosztályán belül, így jobban összpontosítani tudnak erre a fontos részterületre. Érdekességgé megjegyzendő, hogy a gyógyszerfelügyeleti jogkörben kiszabott legnagyobb egyösszegű bírság 15 millió forint volt.

A bírságkiszabási hatáskörön kívül kiemelkedő szerepe van a Felügyeletnek, mint másodfokú hatóságnak, amelynek egyik neuralgikus pontja az egyes OEP határozatok felülbírálati lehetősége (itt elsősorban a gyógyszerek társadalombiztosítási finanszírozásba vételére kell gondolni). E tárgykörben mintegy 60 fellebbezésről döntött a Felügyelet, amelyeknek egyharmadát jogosnak találta a hatóság, tehát húsz esetben megsemmisítették az OEP határozatát.

A Felügyelet másodfokú eljárásainak több mint felét az imént ismertetett, OEP-pel összefüggő esetek adták. Kisebbik felének zömét pedig a 2008. április 1-ig létező vizitdíj biztosította: a 46 további másodfokú határozatból 38 a jegyzői vizitdíj-visszaigénylésével kapcsolatos döntéseket vizsgálta.

Az ellenőrzés egy „gyengébb” ágát jelenti a várólisták ellenőrzése, amelyet 15 intézményben vizsgáltak és sokkal inkább tanácsadás jelleget öltött, mint szigorú, büntető ellenőrzést.

A Felügyelet ellenőrzési és bírságolási jogkörén kívül igyekszik elősegíteni a közérdekű egészségügyi információkhoz való hozzájutást és azok rendezését, értelmezését. Ennek a köteletségének egyik fundamentuma a kórházak – majd később a szakrendelőkre is kiterjesztett – minőségi indikátorrendszere,³ amelynek kialakítása már 2007-ben elkezdődött, s első változata (314 mutató 40 ezer adata) 2008. március 31-től elérhető.

Ezzel kapcsolatban meg kell említenünk egy problémát. A Felügyelet elektronikus kérdőívet juttatott el minden kórházba, amelyek 80%-ban (124 intézmény) válaszoltak is rá. Ez a válaszadás azonban önkéntes volt (megkockáztathatjuk: talán inkább a hatóságtól való félelem?), ugyanis a Felügyeletnek nincs jogosítványa kötelező adatgyűjtést

³ Az indikátorrendszer a következő modulokból áll: alapadatok és kihasználtság, várakozási idők, hozzáférés, megbízottsággal kapcsolatos mutatók, betegjogi helyzetre vonatkozó adatok, minőségirányítási rendszer, kényelmi kiegészítő szolgáltatások, dolgozói elégedettség és munkakörülmények, intézményi egészségfejlesztés, onkológiai ellátás, szülészet.

végezni. Ez a probléma, ahogyan majd látni fogjuk, a szakrendelők esetében lesz súlyosabb, ott ugyanis kisebb válaszolási hajlandóság mérhető. Mindenesetre a kórházak 80%-ának önkéntes válaszadása a kórházi ágyak 90%-át fedi le, így megbízható képet kaphatunk az országos helyzetről. Az adatok hitelességében azért is bízhatunk, mert a Felügyelet 2008 folyamán helyszíni felülvizsgálat keretében 50 kórház esetében áttekintette az adatokat, hangsúlyozva, hogy látogatásuknak ez alkalommal nem ellenőrző „szaga” volt.

A 2008-as elemzés már előrevetítette az Indikátorrendszer 2009 megalkotását, amelynek részletezésére a 2009-ről szóló részben kerül sor.

Továbbá, fontos feladata a Felügyeletnek az egészségügyet érintő jogszabályok véleményezése, illetve a már meglévőkkel kapcsolatos észrevételek megfogalmazása.

Végül, a Felügyelet gazdálkodását szemlélve is jelentős eltéréseket találhatunk az egy évvel korábbi adatokhoz képest. A hatóságnak 2008-ban mintegy 2,5-szer több, csaknem 1,3 milliárd forint bevétele volt, amelyből mintegy 780 millió forintot az állami költségvetés biztosított (74%), a fennmaradó majdnem 335 millió forint a Felügyelet saját bevételeiből származott. A kiadási oldal több mint 825 millió forintot mutatott, amelynek legnagyobb tétele a személyi kiadások a maga 326 millió forintjával. Meg kell jegyeznünk, hogy a kiadási oldal öt fő területe közül négyben csökkent a ténylegesen elköltött összeg a tervezetthez képest, kivéve a beruházások esetében, amire az eredeti 50 millió helyett 63 millió forintot költöttek. Szintén érdemes kiemelni azt is, hogy a tervezett 260 millió Ft működési bevétel helyett 335 millió forint folyt be a Felügyelethez.

2008-ban tehát kialakult az a végleges(nek tűnő) állomány és szervezeti keret, amelyben a Felügyelet el tudja látni feladatát. Úgy tűnik, a Felügyelet ismert és elismert, egyben megkerülhetetlen tényezője lett a magyar egészségügyi rendszernek, akkor is, ha főként az (ellenőrzött) intézményvezetők részéről kritikák is megfogalmazódtak. Az első- és másodfokú hatósági feladatok ellátása és a bővülő gyógyszerfelügyeleti jogkörök gyakorlása mellett nagy hangsúlyt fektettek a minőségellenőrzés módszertanának kidolgozására, amely az egyre több adatot fölvonultató intézményi indikátorrendszerben ölt testet.

4.3.3 Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2009-ben

A Felügyelet harmadik évét már biztos alapokon, letisztult profillal és teljes kapacitással, azonban szigorúbb pénzügyi gazdálkodás mellett kezdhette meg, azonban az év végére jelentős változások következtek be a hatóság életében.

A 2009-es esztendőben a megkeresések száma kevesebb volt: a 2008-as hatezer összes kapcsolatfelvételhez képest 2009-ben csak 4352 volt, amelyből 3052 az ügyfélszolgálaton keresztül történt (2008-ban: összes hatezer, ügyfélszolgálat: 3300).

Az ügyfélszolgálati bejelentések száma tehát gyakorlatilag ugyanannyi volt, a jelentősebb visszaesés a közvetlen, a Felügyelet illetékeseihez intézett panaszok esetében volt.

Ezt a jelenséget több okkal is magyarázhatjuk, így például azzal, hogy a Felügyelet átesett a profiltisztázáson, így feljűk már nem intéztek olyan kérdéseket (vagy legalább is kevesebbet), amelyek nem az ő hatáskörükbe tartozik. A 2008-as beszámolóban olvasható az, hogy sok esetben olyan „rokon” problémákkal (pl. szociális ügyek) is fölkeresték a Felügyeletet, amelyeket illetően nincs hatáskörük. Egy másik lehetséges magyarázó ok lehet az, hogy a 2007-2008-as állapotokhoz képest nyugodtabb légkör uralkodott az egészségügyben a szabályozások tekintetében, azaz 2009-ben nem indította be a kormányzat olyan nagy léptékű változásokat, amelyek bizonytalansága arra indította volna mind a betegeket, mind az intézményeket, hogy a Felügyelethez forduljanak tanácsért. Ezzel együtt azt is állítom, hogy az EbF-et eleinte egyféle véleményező, törvényértelmező szervként tekintették az egészségügyi szolgáltatók, amely útmutatást adhatott a 2006-ban megindult egészségügyi reform útvesztőiben való eligazodáshoz. Állításomat alátámasztja a 2007-es beszámolóban föllelhető utalások is.

A megkeresések visszaesése tehát meglátásom szerint elsősorban nem csökkenésként értelmezendő, hanem sokkal inkább érdemes ezt a jelenséget úgy vizsgálni, hogy az első két év sűrű történései és a Felügyelet kezdeti aktivizmusa, közvéleménybe való berobbanása okozta az első két év magas megkeresési arányait. Természetesen ezek csak hipotézisek, ugyanis három év távlatából felelőtlenség lenne tendenciákról beszélni.

Az ügylorgalmi adatokkal összefüggve szintén enyhe csökkenést tapasztalhatunk a sajtómegjelenéseket tekintve is: a 2008-as 253-mal szemben 2009-ben csak 183 volt ezek száma (rádió, televízió, nyomtatott és elektronikus sajtó). Az okokat a már

megfogalmazottakon túl kiegészíteném azzal a külön fejezetben taglalt ténnyel, hogy a Felügyelet 2009. július 1-jétől elnök nélkül áll.

A Felügyelet 2009-ben 619 elsőfokú határozatot hozott az egészségügyi szolgáltatókkal szemben folytatott eljárások lezárásaként (2008-ban 700 fölött), amelyek közel egyharmada bírságot rótt ki. A 2009-es beszámolóban az elmúlt évektől eltérően nem található olyan összefoglaló, amely a szolgáltatókra kiszabott bírságokról adna jelentést.

A gyógyszerfelügyeleti jogkört kénytelen vagyok a pénz oldaláról megközelíteni, ugyanis említésre méltó nívót az előző évekhez képest csak ebből a szempontból rögzíthetünk.

A gyógyszerfelügyelet terén nem is a gyógyszerismertetőkkal van a legtöbb probléma, hanem a marketingeszközökkel (rendezvénytámogatás, ajándéknyújtás, szórólapok stb.). Ezen a részterületen a 48 megkezdett eljárásból mindössze 17-et zárt le 2008-ban a hatóság, míg 2009-ben ugyanez az arány 93-ból 65. E fölvezető után már érthetőbb az, hogy 2009-ben a gyógyszerfelügyeleti jogkörben 115 millió forint bírságot szabott ki a Felügyelet a 2008-as 48,5 millió és a 2007-es 3 millió forinttal szemben (két év alatt közel negyvenszeres növekedés e téren). Még beszédesebb ez az adat, ha megjegyezzük azt is, hogy 2009-ben már tízmilliós nagyságrendű bírságokat is kiszabtak.

Az OEP határozatai ellen benyújtott, másodfokú eljárások tekintetében azt mondhatjuk, hogy a fellebbezéseknek továbbra is csak harmadát tartja jogosnak a Felügyelet, azaz kétharmad részben helyben hagyják az OEP döntését. Fontos azonban kiemelni azt, hogy a 2009. október 1-je után indított eljárásokban a Felügyelethez már nem lehet fellebbezni.

A Felügyelet módszertani és tájékoztató küldetése a minőségi indikátorrendszerben ölt testet, amelyet folyamatosan fejleszt és bővít a hatóság. Az Indikátorrendszer 2009 program keretében a kórházakra vonatkozó adatfelvételt kiterjesztették a járóbeteg-szolgáltatókra is, amely adatok 2009. június óta elérhetőek. Az önkéntes adatszolgáltatás eredményeként a kórházak 71%-a (2008-ban 80%), a járóbeteg-szolgáltatók viszont csak 47%-a töltötte ki a kérdőívet.

Ez az arány azonban az előző évihez hasonlóan megtévesztő, ugyanis mivel jellemzően a nagyobb intézmények nyilatkoztak, ezért a kórházak esetében 92%, a járóbeteg-szolgáltatásoknál pedig 80% a kapacitáslefedés⁴.

⁴ Az indikátorrendszerben feldolgozott adatok értékelése és összevetése nem célja e dolgozatnak, az egy önálló tanulmányt érdemelne.

A „nadrágszj-politika” a Felügyelet egész éves költségvetésén és működésén tetten érhető (továbbképzések elmaradása, a létszámstopból következő belső munkaátcsoportosítások, 13. havi illetmények eltörlése stb.). Ennek első megnyilvánulása az volt, amikor az Országgyűlés 19,6 millió forinttal, egymilliárd forintra csökkentette a Felügyelet előreirányozott költségvetési támogatását. A Felügyelet pénzügyi mérlegéről összességében az mondható el, hogy az előre tervezett mintegy 1 milliárd forintos összbevételből – amelyet időközben az előző évi pénzmaradvány beforgatásával 1,4 milliárdra emeltek – 1,2 milliárd forint teljesült. Hangsúlyozandó, hogy ez csak úgy valósulhatott meg, hogy az eredeti 730 millió forintos állami támogatásból csak 518 millió forint folyt be, a 331 milliós működési bevételből is csak 289 millió teljesült, ám mindezt kompenzálta az előző évi, 394 millió forintos maradvány. Látható tehát, hogy a Felügyelet egynegyed részben saját működési bevételéből biztosítja költségvetését.

A 2009. évi összkiadás egymilliárd forint volt. Ezen az oldalon valamennyi tétel összegét csökkenteni kellett az előirányozotthoz képest. A legnagyobb csökkenést a dologi oldal, tehát a fejlesztések szenvedték el: itt közel 44%-ra mérsékeltek az eredeti elképzelést (484 millió helyett 212 millió forint). A személyi juttatások esetében ugyanez az arányszám 73% (511 millió helyett 351 millió forint), a járulékoknál 74% (159 millió helyett 101 millió forint), a beruházásoknál pedig 84%, igaz ez a tétel a többihez képest kicsinek mondható (50 millió helyett 23 millió forint).

Ahogy a beszámoló is összefoglalja a 2009-es költségvetést: a Felügyelet gazdálkodása összességében a Felügyelet szakmai tevékenységének jogszabály szerinti ellátását szolgálta. Túllépve a Felügyelet beszámolóján, meg kell említenem Kovácsy Zsombor egyik utolsó szereplését, amelyen még mint felügyeleti elnök vett részt. Ennek az eseménynek sokkal inkább csak szimbolikus jelentősége van, mint tartalmi.

Az Országgyűlés Egészségügyi bizottsága 2009. június 24-én Miskolcon, a megyeházán tartott kihelyezett ülést, amelyen áttekintették a Borsod-Abaúj-Zemplén megyében működő szakellátási intézmények helyzetét és finanszírozását, s mindezt Kovácsy Zsombor elnök is megtette a Felügyelet szemszögéből.

4.3.4 A Felügyelet utolsó éve és megszűnése

A Felügyelet 2010. évi működésére már erősen rávetítette árnyékát a várható kormányváltás és az azzal szinte automatikusan járó bizonytalanság. Ez az érzés

esetünkben különösen indokolt volt, hiszen az előzőekből látható volt, hogy a Felügyelet létjogosultságát kezdetektől fogva kétségbe vonták a Fidesz képviselői.

A Felügyelet 2010. január és május közötti tevékenységének ismertetéséhez az átadás-átvétel jegyében, 2010. április 30-án született beszámolót veszem alapul. Ebben az időpontban 965 folyamatban lévő eljárást tartottak nyilván. Ezt a feladatmennyiséget 76 fő látta el, amiből hatósági ügyeket 32 fő intézett, elemzői feladatot heten, ügyfélszolgálati teendőket hatan láttak el.

A személyi állomány végzettségi összetétele hasonlóan alakult a 2007-eséhez: a 76 főre 98 diploma jutott, amelynek javarésze jogász (32), közgazdász (12) és egészségügyi (orvosokkal, ápolóval, gyógyszerésszel stb. együtt 17). A Felügyelet pénzügyi helyzetét e helyütt nem ismertetem, azt majd a megszüntetés ismertetésénél ejtem meg.

A Felügyelet sorsa hamar egyértelművé vált, ugyanis a kormányváltás utáni új vezetés egyik első bejelentése éppen annak megszüntetése volt (Medical Online - Megszüntetné az Egészségbiztosítási Felügyeletet Mikola), Ez a bejelentés még 2010. június elején, Mikola István szájából hangzott el. A Parlament a nyári szünet előtti utolsó napon, július 22-én már szavazhatott is az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról szóló törvényjavaslatról, amelynek egyik eleme az imént vázolt javaslat volt. A 2010. évi LXXXIX. törvényként kihirdetett jogszabály alapján a Felügyelet 2010. szeptember 26-án szűnt meg, feladatköreit több szervezet között osztották szét a következőképpen (2010. évi LXXXIX. törvény, Egészségbiztosítási Felügyelet záró beszámolója).

Az Országos Tisztifőorvosi Hivatalhoz kerültek a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ismertetők nyilvántartásba vételével kapcsolatos ügyek, valamint az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal által hozott határozatok elleni fellebbezések elbírálásával kapcsolatos másodfokú hatósági feladatok.

Az ÁNTSZ regionális intézetei főként az ellenőrzési jogosítványokat kapták meg, illetve a panaszügyekkel összefüggő feladatokat. A Felügyelettől az Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz (OEP) került feladatok közül a legjelentősebb a várólisták monitorozása. A Nemzeti Erőforrás Minisztériumhoz került az indikátorrendszerrel kapcsolatos valamennyi, több tízezres adatbázis.

4.4 Összefoglalás: Egészségügyi Gestapo vagy a betegek érdekvédője?

Az elemzés végére érve meg kell kísérelnünk választ adni azokat a kérdésekre, amelyek indukálták és kijelölték e munka irányvonalát. Arra a kérdésre nyilvánvalóan nem lehet független, érzelemmentes, pártatlan és egzakt választ adni, hogy van-e létjogosultsága és – hétköznapi kifejezésekkel élve – „haszna”, „értelme” a Felügyeletnek.

Helyesebben és célravezetőbben járunk el, ha egyes részterületeket értékelünk, hiszen a Felügyelet léte, mint kormányhivatal, mindenekelőtt politikai döntés és egyben elvi elhatározás is. Összegzésünk során azonban épp úgy óvakodnunk kell a Felügyelet túlzott „szétforgácsolásától” is, azaz ha túlságosan lebontjuk a hatóság feladatköreit, akkor könnyen szem elől téveszthetjük a Felügyeletet, mint egységes egészet és nem látjuk a fától az erdőt. Ebből a szempontból szemlélődve, a Felügyelet egyik legnagyobb vívmányának önnön pusztá létét tekinthetjük. Ha visszatekintünk ugyanis a 2006-2007-es egészségügyi reformról szóló részre, akkor némileg leegyszerűsítve azzal szembesülünk, hogy a nagyléptékű átalakításokat és újításokat (pl. vizitdíj, több-biztosítós rendszer stb.) csak a Felügyelet élte túl. A hatóság meglátásom szerint sikeres választ adott arra a kihívásra, amely elé a megbukott több-biztosítós modell állította, hiszen a Felügyeletet elvileg éppen annak egyik kulcsszerepére, ellenőrzésére hozták létre. Az a tény, hogy a Felügyeletet a megszorítások ellenére a kormányzat nem szüntette meg, vagy nem integrálta bele egy másik intézménybe, ezt az eredményes alkalmazkodást igazolhatja. Sőt, ahogyan láthattuk, 2009-ben még a megszorítások ellenére is mintegy kétszer akkora összegből gazdálkodhatott a hatóság, mint indulásának évében (2007).

Az ellenzék legfőbb ellenérve a Felügyelettel szemben az volt, hogy fölösleges új intézményt életre hívni a betegek védelme érdekében és az egészségügyi szolgáltatók, gyógyszergyártók ellenőrzésére, ugyanis azzal csupán párhuzamosság alakul ki, mivel a betegek érdekeit védhetik a fogyasztóvédők, illetve a betegjogi képviselők, a szolgáltatókat az ÁNTSZ és az OEP ellenőrzi, módszertani feladatok ellátására pedig ott vannak a minisztériumi háttérintézmények, például az ESKI.

Ezeknek a kifogásoknak egyenként még igazat is adhatunk, azonban az imént felsorolt részfeladatok az egyes intézményeknek csak egy kis, esetenként periférikus tevékenységi körét jelentik. A Felügyeletet ebből a szempontból összegezve azt mondhatjuk, hogy pozitív hozadéka az egészségüggyel kapcsolatos ellenőrzések és betegvédelmi feladatok összehangolása, egy kézben való összpontosítása. A magyar egészségügy történetében ez

volt az első próbálkozás arra, hogy egy önálló hatóság végezze ezeket a feladatokat, amelyek egyébként egymáshoz nagyon közel állnak és egymást föltételezik.

Nem tartom szükségesnek ismételten részletezni és ízekre szedni a Felügyelet egyes jogköreit, ugyanis az azokkal kapcsolatos releváns információkat az elemzés során összegyűjtöttem és azok értékelése csak valamilyen politikai erő szemszögéből történhetne, amelyet kerülni szeretnék.

Nem hagyható azonban szó és értékelés nélkül az a feladatkör, amely a Felügyelet létrehozásakor a fő indokot jelentette. Minden olyan kormánypárti felszólalás, amely a Felügyelet szükségességét indokolta, azzal kezdődött, hogy az egészségbiztosításra fordított évi 1500 milliárd forint felügyeletét és ellenőrzését meg kell valósítani, hiszen az gyakorlatilag eltűnt a Társadalombiztosítási Önkormányzatok 1998-as megszüntetésével, s csak 2005-ben hívták életre az Egészségbiztosítási Ellenőrző Testületet, amely nem tudta betölteni azt a szerepet, amelyre szánták. A kormánypártiak érvelésében tehát kiemelkedő helyet foglalt el az egészségbiztosítási alapok (társadalmi) ellenőrzésének fontossága, amelynek letéteményesének az Egészségbiztosítási Felügyeletet, pontosabban annak Felügyeleti Tanácsát jelölték meg. A Felügyeleti Tanácsnál már érzékeltettem azt, hogy a hön áhított társadalmi ellenőrzés a jelenlegi struktúrában sem valósul meg, sőt, annak további gyöngülésének és fölhígulásának lehetünk tanúi.

Kovácsy lemondását követően fölröppent a hír, hogy megszüntetik a hatóságot, ezt az értesülést azonban rögtön cáfolták, Mikola István, a Fidesz szakpolitikusa ekkor is kijelentette, hogy feleslegesnek és indokolatlannak találják a Felügyelet létét. Azt sem téveszthetjük szem elől, hogy balról is támadták a hatóságot: Havas Szófia már 2009 év elején indítványozta a Felügyelet megszüntetését (origo.hu – Havas Szofia megszüntetné az Egészségbiztosítási Felügyeletet), gyakorlatilag ugyanazzal az érveléssel, mint Mikola István (meg kell szüntetni a párhuzamosságokat, vannak más ellenőrző testületek stb.). Az ügy pikantériája, hogy Havas mindezt azt követően kezdeményezte, miután a vezetése alatt álló Szent János Kórházban spontán vizsgálatot végzett a Felügyelet (gondola.hu).

Mindent összevetve azt mondhatjuk, hogy az Egészségbiztosítási Felügyelet egyedülálló és számos ponton előremutató alkalmazásokat használó, újító szellemű intézmény volt, amely azonban talán túlságosan is pragmatikus ellenőrzési gyakorlatával kivívta maga ellen a kórházvezetők ellenszenvét. Hogy a Felügyelet által megindított számos hasznos

és fontos tevékenységi kör be tud-e épülni a most formálódó új egészségügyi intézményrendszer keretébe, még nem látható pontosan, de az bizonyos, hogy az Egészségbiztosítási Felügyelet öröksége még sokáig megkerülhetetlen és tanulságokkal teli lesz.

4.5 Kontrollkérdések

- Mikor és milyen céllal jött létre az Egészségbiztosítási Felügyelet?
- Mely jogszabály határozta meg az EbF működését?
- Mi volt az EbF három legfontosabb hatásköre?
- Miért volt kulcsfontosságú a finanszírozási szerződések jóváhagyása?
- Milyen jogkörei voltak a Felügyeletnek panaszok esetén?
- Milyen ügyekben járt el másodfokú hatóságként?
- Mi volt a Felügyeleti Tanács szerepe és miért volt korlátozott a jelentősége?
- Hogyan változott az EbF tevékenysége 2007–2009 között (megkeresések, bírságok)?
- Mi volt a minőségi indikátorrendszer célja?
- Milyen problémák merültek fel az adatgyűjtéssel kapcsolatban?
- Milyen fő kritikák érték az EbF működését?
- Mit jelentett a „párhuzamosság” problémája?
- Mi volt az EbF „kettős küldetése”?
- Mikor és miért szűnt meg az EbF?
- Mely fő intézmények vették át a feladatait a megszűnés után?

4.6 Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
EbF (Egészségbiztosítási Felügyelet)	2007–2010 között működő hatóság, amely az egészségbiztosítási rendszer felügyeletét látta el
2006. évi CXVI. törvény	Az EbF létrehozásának és működésének alapját adó jogszabály
Felügyeleti Tanács	Az EbF mellett működő testület, amely a társadalmi kontrollt volt hivatott biztosítani
OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)	A társadalombiztosítási finanszírozó, amelynek szerződéseit az EbF jóváhagyta
Egészségbiztosítási Alap (E.Alap)	Az egészségügyi ellátások finanszírozására szolgáló központi alap
Hatósági felügyelet	Az egészségbiztosítási rendszer szereplőinek ellenőrzése (szolgáltatók, biztosítók)

Finanszírozási szerződés	OEP és szolgáltatók közötti megállapodás, amely csak EbF jóváhagyással volt érvényes
Minőségi indikátorrendszer	Az ellátás minőségének mérésére szolgáló mutatórendszer
Másodfokú hatóság	Fellebbezések elbírálására jogosult szerv (EbF több ügyben ilyen volt)
Felügyeleti bírság	Az EbF által kiszabható pénzbírság jogsértések esetén
Gyógyszerfelügyeleti jogkör	Gyógyszerrel kapcsolatos ellenőrzési és engedélyezési feladatok
EHCI (European Health Consumer Index)	Nemzetközi rangsor az egészségügyi rendszerek teljesítményéről
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, népegészségügyi hatóság, amely később több feladatot átvett az EbF-től
OTH	Országos Tisztifőorvosi Hivatal, egyes gyógyszerügyi és hatósági feladatokat átvett az EbF megszűnése után
Nemzeti Erőforrás Minisztérium	Az indikátorrendszer adatainak kezelője az EbF megszűnése után
Társadalmi kontroll	A lakosság/biztosítottak bevonása az ellenőrzésbe
Vizitdíj	Reformintézkedés (2007–2008), amely az EbF működésének időszakában volt releváns
Több-biztosítós modell	Tervezett, de meg nem valósult egészségbiztosítási reformelem

4.7 Hivatkozások

- Az Egészségbiztosítási Felügyelet honlapja (2011 tavaszától nem elérhető) www.ebf.hu.
- Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2007. évi beszámolója (2008), Budapest, EbF.
- Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2008. I. félévi beszámolója (2008), Budapest, EbF.
- Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2008. évi beszámolója (2009), Budapest, EbF.
- Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2009. I. félévi beszámolója (2009), Budapest, EbF.
- Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2009. évi beszámolója (2010), Budapest, EbF.
- Az Egészségbiztosítási Felügyelet záró beszámolója (2010), Budapest, EbF.
- Feloszltná az egészségügyi felügyeletet Havas Szófia <http://www.origo.hu/itthon/20090210-magyar-nemzet-havas-szofia-megszuntetne-az-egeszsegbiztositasi-felugyeletet.html>. 2011. április 1.
- Kovácsy Zs. 'Voltunk mi már egészségügyi gestapó is'. Kovácsy Zsombor nyilatkozik lapunknak lemondása okairól. Tóth Ákos. Népszabadság, 2009. május 19.
- Kovácsy Zs. (2008) Egészségügyi jog. Budapest, Semmelweis.

- Kovácsy Zs. (2007) Jogvédelem és minőségfejlesztés – az Egészségbiztosítási Felügyelet első hat hónapja. In: Közigazgatási Szemle 2007/2: 65-75.
- Kovácsy Zs. (szerk., 2009) Az egészségügyi jog nagy kézikönyve. Budapest, Complex.
- Kovácsy Zs., Kiss R. Százhuszezer adat a magyar egészségügyről: az Egészségbiztosítási Felügyelet minőségi indikátorrendszere. In: Orvostovábbképző Szemle 2009/12: 12-19.
- Megszüntetné az Egészségbiztosítási Felügyeletet Mikola
https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/megszuntetne_az_egeszsegbiztositasi_felugyeletet_mikola
- Rejtélyes milliók vándoroltak Matejka Zsuzsa számlájára?
http://hvg.hu/itthon/20080218_matejka_zsuzsa_hospinvest

Jogszabályok:

- 114/2003. (VII. 29.) Kormányrendelet az Egészségbiztosítási Alap kezelésével és a járulékok beszedésével kapcsolatos feladatokról
- 1993. évi XLVI. törvény az államigazgatási eljárás általános szabályairól
- 1995. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról
- 2003. évi C. törvény az elektronikus hírközlésről
- 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről
- 2007. évi CXXXV. törvény az Egészségbiztosítási Felügyelet jogállásáról és egyes törvények módosításáról
- 2010. évi LXXXIX. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról

5. Táppénz ellátások elemzése

Szerzők: Tóth Melanie Éva, Dózsa Csaba László

Tartalom

5. Táppénz ellátások elemzése.....	1
5.1. Bevezetés.....	1
5.1.1. A táppénz ellátásokkal kapcsolatos fogalmak a nemzetközi térben	2
5.1.2. Hazai szabályozás, fogalmak	4
5.1.3. Jogszabályi körkép: Táppénz és betegszabadság szabályozása Magyarországon	7
5.1.4. A táppénz és betegszabadság szabályozásának főbb változásai (1990–2025).....	9
5.2. Makroszintű elemzés, kifizetések trendjei	14
5.2.1. A táppénzkiadások nominális és reálértékű összevetése (1995–2024).....	14
5.2.2. A táppénz kiadásainak szerkezete és súlya a társadalombiztosítás rendszerében...	19
5.2.3. A táppénz igénybevételének volumene és dinamikája.....	25
5.3. Összefoglaló: 30 év időszakának főbb fázisai.....	30
5.4. Kontrollkérdések	31
5.5. Kulcsfogalmak és rövidítések	32
5.6. Ábra és táblázatjegyzék.....	36
5.7. Hivatkozások.....	36

5.1. Bevezetés

A társadalombiztosítás klasszikus funkciója a meghatározott társadalmi kockázatok közösségi kezelése. A magyar társadalombiztosítás – az 1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásairól és a magánnyugdíjra jogosultakról (Tbj.), valamint az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv.) alapján – a biztosítási elv és a szolidaritás kombinációjára épül. Az egészségbiztosítás intézményrendszere kettős védelmet nyújt: egyrészt biztosítja az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést (természetbeni ellátások), másrészt pénzbeli ellátások útján részben kompenzálja az egészségi okból bekövetkező keresetkiesést. E pénzbeli ellátások közül a táppénz a rövid távú, átmeneti keresőképtelenség biztosítási fedezete.

A táppénz szerepe különösen fontos a munkaerőpiac stabilitásának fenntartásában, valamint a társadalmi biztonság garantálásában. Hosszabb távon hozzájárul a munkavállalók egészségi

állapotának megőrzéséhez, a munkába való visszatérés elősegítéséhez, és csökkenti a tartós munkaképtelenség, illetve rokkantság kialakulásának kockázatát (OECD, 2022).

A táppénz és a betegszabadság így egyaránt kulcsszerepet játszanak a munkaerőpiac és az egészségbiztosítási rendszer egyensúlyának megőrzésében. A pénzbeli segélyezés rendszere egészen a középkorig nyúlik vissza, a bányavárosok, bányatársaságokig, ahol létrehozták a bányatársládák intézményét. Ebben heti, havi jövedelmük meghatározott arányában a bányászok önszegélyezésként összegyűjtötték a garasokat, forintokat (jellemzően fém pénzeket járulék jelleggel) a bányatulajdonosok hozzájárulásával együtt, és baj esetén, betegség, sérülés, vagy halálos baleset esetén ebből fizették ki az orvosi, egészségügyi ellátást, vagy adtak pénzbeli segélyt az özvegyeknek, árváknak. Az első társadalombiztosítási jellegű törvények is ezen az elven jöttek létre az ipari munkások, bányászok körében, melyek bevétele a tagok által vállalt járulékokból és a bányatulajdonos hozzájárulásából tevődött össze (Igazné Prónai, 2006).

5.1.1. A táppénz ellátásokkal kapcsolatos fogalmak a nemzetközi térben

A táppénz – mint keresetpótló ellátás – nem kizárólag magyar sajátosság, hanem a világ számos országában a társadalombiztosítási rendszerek fontos eleme. Az egészségbiztosítás alapfunkciója, hogy jövedelemkiesés esetén, például betegség miatt, biztosítsa az egyén megélhetését. A különböző országok eltérő megoldásokat alkalmaznak ennek módjára, időtartamára, finanszírozására és a jogosultsági feltételekre vonatkozóan (OECD, 2022).

Nemzetközi megnevezések és kategóriák

A táppénz fogalmát számos formában alkalmazzák nemzetközi szinten. Néhány gyakori angol nyelvű elnevezés:

- **Sick pay** – általános kifejezés a betegszabadság idejére járó juttatásokra (pl. munkáltatói kifizetés);
- **Sickness benefit / sickness allowance** – állami, vagy biztosítói finanszírozású, átmeneti keresetpótló ellátás;
- **Temporary incapacity benefit** – ideiglenes keresőképtelenség idejére nyújtott támogatás;
- **Short-term disability benefit** – az USA-ban és Kanadában jellemző kifejezés, a betegségi juttatások egy formája (WHO Europe, 2020).

A nemzetközi gyakorlatban megkülönböztetik a következő két fő típust:

- **Betegszabadság (sick leave):** rendszerint néhány napra vagy hétre szól, jellemzően a munkáltató fizeti (pl. Magyarországon a betegszabadság első 15 napja);
- **Táppénz / betegség miatti juttatás (sickness benefit):** hosszabb idejű keresőképtelenség esetén a társadalombiztosító vagy állami rendszer által nyújtott ellátás (MISSOC, 2023).

Az ILO és az EU irányelvei

Az **International Labour Organization (ILO)** 102. sz. egyezménye (1952) meghatározza az alapvető társadalombiztosítási ágakat, köztük a betegség esetére szóló juttatásokat. Az egyezmény szerint minden dolgozónak joga van megfelelő jövedelempótláshoz betegség idején (ILO, 1952).

Az **Európai Unió** a **883/2004/EK rendeletben** szabályozza a szociális biztonsági rendszerek koordinációját. E rendelet célja, hogy biztosítsa az EU-n belüli szabad mozgás jogát úgy, hogy a munkavállalók szociális jogai ne vesszenek el országváltás esetén sem (European Parliament and Council, 2004).

Fontos elv a „lex loci laboris” (a munkavégzés helye szerinti jog alkalmazása), azaz az egyén annak az országnak a szabályai szerint jogosult táppénzre, ahol biztosítottként szerepel.

Nemzetközi példák

- **Németország:** Az első 6 hétben a munkáltató fizeti a betegszabadság díjazását (*Lohnfortzahlung im Krankheitsfall*), ezt követően az állami egészségbiztosító (Krankenkasse) lép be, és a jövedelem kb. 70%-át fizeti táppénzként (*Krankengeld*) (MISSOC, 2023).
- **Franciaország:** A betegségi juttatások (*indemnités journalières de sécurité sociale*) az állami egészségbiztosítótól érkeznek, meghatározott százalékban az előző kereset alapján (OECD, 2022).
- **Egyesült Királyság:** A munkáltatók kötelesek fizetni a „Statutory Sick Pay”-t (SSP), ami 28 hétig járhat, viszonylag alacsony fix összegben. Ezt követően lehet igényelni „Employment and Support Allowance”-t (European Commission, 2023).

- **Skandináv országok:** Általában bőkezűbb és hosszabb távú ellátásokkal dolgoznak, magas helyettesítési rátával (pl. Svédországban akár 80%-os jövedelempótlás az első 14 napon túl) (Európai Bizottság, 2012).

5.1.2. Hazai szabályozás, fogalmak

A magyar társadalombiztosítási rendszer két biztosítási ágra épül: az *egészségbiztosításra* és a *nyugdíjbiztosításra*. A két biztosítási ág pénzügyi forrásait két pénzügyi alap tartalmazza, az Egészségbiztosítási Alap és a Nyugdíj-biztosítási Alap. A két alap az államháztartás központi alrendszerének alapszerűen kezelt előirányzata. Az egészségbiztosításon belül a természetbeni ellátások (pl. orvosi vizsgálatok, kórházi ellátás) mellett a pénzbeli ellátások – ideértve a táppénzt – is kiemelt szerepet kapnak. (Lapsánszky, 2013)

A táppénz hozzájárul a rendszer szolidaritási elvének érvényesüléséhez, hiszen a járulékfizetés arányában, de biztosítási jogviszonyhoz kötötten vehető igénybe. Az állami társadalombiztosítás működtetéséért Magyarországon a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő felel.

A táppénz az egészségbiztosítási pénzbeli ellátások közé tartozik, akárcsak a gyermekápolási táppénz (GYÁP), a baleseti táppénz, valamint a terhességi-gyermekágyi segély (korábban TGYÁS, ma CSED). Ezen ellátások az ún. „keresőképtelenségi időszakokra” vonatkoznak, és alapvetően a munkaképes korú, biztosított személyeket célozzák (NEAK, 2024).

Alapfogalmak

A táppénz megértéséhez az alábbi alapfogalmak tisztázása szükséges:

- **Egészségbiztosítás:** A társadalombiztosítás részeként működő rendszer, amely pénzbeli és természetbeni ellátásokat biztosít. (**Jogsabályi háttér:** A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról és ezek fedezetéről szóló **2019. évi CXXII. törvény (Tbj.)**, különösen a biztosítási jogviszonyról és a járulékfizetésről szóló rendelkezések.)
- **Táppénz:** A táppénz olyan pénzbeli ellátás, amely a keresőképtelenség idejére jár, és a biztosított korábbi jövedelmének bizonyos százalékát pótolja.
– **Jogsabályi háttér:** Az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásairól szóló **1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.)** 43–53. §.

- **Betegszabadság:** A betegszabadság nem társadalombiztosítási, hanem **munkajogi jogintézmény**, amelyre minden munkaviszonyban álló munkavállaló jogosult évente legfeljebb **15 munkanapig**. Ez alatt az idő alatt nem táppénz jár, hanem a munkáltató által fizetett díjazás, amely a távolléti díj 70%-a. (**Jogsabályi háttér:** A Munka Törvénykönyvéről szóló **2012. évi I. törvény (Mt.)** 126. §.)
- **Keresőképtelenség:** Olyan, egészségi állapoton alapuló, **átmeneti munkaképesség-csökkenés**, amelynek következtében a biztosított a munkakörének ellátására ideiglenesen nem alkalmas. A keresőképtelenség nem pusztán a betegség fennállását jelenti, hanem azt az állapotot, amikor az egészségi probléma a konkrét munkavégzést akadályozza. A keresőképtelenséget az arra jogosult orvos – jellemzően a háziorvos vagy kezelőorvos – állapítja meg és igazolja az **Ebtv. 44. §**, valamint a **102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet** alapján. A keresőképtelenség **időben korlátozott állapot**, amely a gyógyulás, rehabilitáció vagy az egészségi állapot stabilizálódásáig áll fenn; tartós, végleges munkaképesség-csökkenés esetén már más ellátási formák (pl. rokkantsági ellátás) alkalmazandók.
- **Biztosított:** Az a személy, aki a Tbj. alapján biztosítási kötelezettség alá esik (pl. munkaviszonyban állók, vállalkozók, egyéni vállalkozók), és így jogosult lehet táppénzre. (**Tbj. 6. § és 25–26. §**)
- **Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak:** a biztosítottakon és a **Tbj. 3. §-a** szerint egészségügyi szolgáltatásokra jogosult személyeken túl a **Tbj. 22. §-ában** felsorolt személyek.

A táppénzre jogosultságnak három alapfeltétele van (Ebtv., Tbj., 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet):

1. Fennálló biztosítási jogviszony

A táppénzre jogosultsághoz alapvető feltétel a beteg fennálló biztosítási jogviszonya, tekintettel arra, hogy a táppénz annak jár, aki a biztosítása fennállása alatt válik keresőképtelenné. (Táppénzre kizárólag a **biztosítottak** jogosultak.)

2. A keresőképtelen személy társadalombiztosítási járulék fizetésére kötelezett

A biztosított által fizetendő ún. társadalombiztosítási járulék mértéke 18,5 %.

3. Orvos által megállapított és igazolt keresőképtelenség

A fenti feltételek fennállása esetén akkor jogosult táppénzre, ha saját vagy gyermeke betegsége folytán keresőképtelenné válik.

Táppénz mértéke:

- A táppénz napi összege az alapját képező jövedelem 60%-a (fekvőbeteg-ellátás esetén 50%),
- maximális összege korlátozott (az aktuális minimálbérhez viszonyítva),
- legfeljebb 1 évig jár, külön jogszabályban meghatározott esetekben tovább is. (Jogszabályi háttér: Ebtv. 46–50. §, valamint a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet.)

A betegszabadság és a táppénz **nem azonos fogalmak**. A betegség miatti keresőképtelenség első 15 munkanapjára az általánosan használt kifejezéssel ellentétben nem táppénzt, hanem ún. betegszabadságot vehet igénybe az arra jogosult munkavállaló. A betegszabadság kizárólag a munkavállaló saját betegsége esetén jár.

A betegszabadság alatt folyósított juttatás nem az egészségbiztosítás ellátása, hanem azt a munkáltató fizeti. A betegszabadság idejére a távolléti díj 70%-a jár (ez az összeg adó- és járulékköteles is).

Betegszabadság igénybevételéhez a keresőképtelenséget – a keresőképtelenség orvosi elbírálása általános szabályainak megfelelően – a kezelőorvos igazolja, kórházi ápolás esetén pedig kórházi igazolás szükséges. A keresőképtelenség orvosi elbírálása azonos módon történik, függetlenül attól, hogy a keresőképtelenség idejére táppénz, vagy betegszabadság illeti-e meg a beteget.

A betegszabadságra jogosult személy részére a táppénz a betegszabadság lejártát követő naptól járhat.

A magyar rendszer nemzetközi összevetésben

A magyar táppénzrendszer középutas megoldásnak számít:

- A munkáltatók és az állam is részt vesznek a finanszírozásban.
- A táppénz mértéke általában a bruttó jövedelem 60%-a, de kórházi ellátás esetén csak 50%.
- A jogosultság biztosítási időhöz kötött.

- Nem jár automatikusan a betegszabadság letelte után, csak orvosi igazolás és jogviszony-fenntartás esetén (NEAK, 2024).

A rendszer tehát hasonló alapelveken nyugszik, mint más európai országokban, de az ellátás szintje és időtartama viszonylag konzervatív, és erősen függ a biztosítási jogviszonytól (*Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union*, 2016)

5.1.3. Jogszabályi körkép: Táppénz és betegszabadság szabályozása Magyarországon

A betegszabadság és táppénz a keresőképtelenség idejére biztosított pénzbeli ellátások körébe tartoznak, de eltérő finanszírozási és jogosultsági szabályok vonatkoznak rájuk. Az alábbiakban bemutatjuk a témát érintő legfontosabb magyar jogszabályokat.

1. A munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény (Mt.)

A Munka Törvénykönyve (Mt.) a **betegszabadság** intézményét szabályozza, amely a **keresőképtelenség első szakaszához kapcsolódó munkajogi jogosultság** és kizárólag a munkáltató által finanszírozott távollét. Betegszabadság csak saját betegség esetén jár, és évi 15 munkanapra korlátozódik (Mt. 126. § (1)).

A betegszabadság ideje alatt a munkavállaló nem kap teljes fizetést, hanem csupán a távolléti díjának 70%-ára jogosult (Mt. 146. § (3)). Ez az ellátás nem társadalombiztosítási juttatás, hanem munkajogi kötelezettség, amelyet a munkáltató visel.

2. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.)

Ez a törvény a táppénz ellátás jogi alapját adja. A táppénz olyan pénzbeli ellátás, amely a biztosított keresőképtelensége esetén jár. A jogosultság alapfeltétele a fennálló biztosítási jogviszony és a keresőképtelenséget igazoló orvosi dokumentáció (Ebtv. 43. §–50. §).

A táppénz összege attól függ, hogy a biztosított rendelkezik-e legalább 2 év folyamatos biztosítási idővel. Amennyiben igen, a táppénz a napi átlagkereset 60%-a, ha nem, akkor 50% (Ebtv. 48. § (8)). Kórházi kezelés alatt minden esetben 50%-os mértékű táppénz jár.

A táppénz maximális időtartama alapesetben 1 év, de bizonyos esetekben (például rehabilitáció során) meghosszabbítható.

3. A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról szóló 2019. évi CXXII. törvény (Tbj.)

Ez a törvény határozza meg, kik minősülnek biztosítottnak, vagyis kik jogosultak társadalombiztosítási ellátásokra, így táppénzre is. A biztosított körbe tartoznak például a munkaviszonyban állók, a közalkalmazottak, az egyéni és társas vállalkozók, illetve más foglalkoztatási jogviszonyban állók (Tbj. 6. § (1)).

A biztosítási jogviszony fennállása kulcsfontosságú, hiszen csak így lehet pénzübeli egészségbiztosítási ellátásokra – köztük táppénzre – jogosultságot szerezni.

4. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet

Ez a rendelet szabályozza a táppénz igénylésének és megállapításának részletszabályait. Fontos rendelkezés, hogy ha a táppénz iránti kérelem teljes egészében megalapozott, akkor az egészségbiztosító határozathozatal nélkül is megállapíthatja az ellátást (217/1997. Korm. rend. 39. § (1)).

A rendelet rögzíti az ellátásokhoz szükséges dokumentumokat, az eljárási határidőket és az egészségbiztosító eljárási kötelezettségeit.

5. A keresőképtelenség és keresőképeség orvosi elbírálásáról szóló 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet

Ez a rendelet az orvosi eljárások és az igazolási folyamat kereteit határozza meg. Kiemelt szerepet kap a beteg együttműködési kötelezettsége: a biztosított köteles betartani az orvosi utasításokat, ideértve a kijárási tilalomra vonatkozó szabályokat is (6. § (2)).

Az orvosnak figyelembe kell vennie a beteg munkakörét, és ennek alapján kell megítélnie, hogy a biztosított valóban keresőképtelen-e (6. § (1)).

6. Az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (Ákr.)

Bár nem kifejezetten az egészségbiztosítási ellátásokról szól, az Ákr. általános eljárásjogi keretet ad a táppénz-ügyek közigazgatási eljárásához is. Az egyik releváns rendelkezése szerint, ha egy ügyben benyújtott kérelem teljes egészében megalapozott, akkor az ügy elbírálása **határozathozatal nélkül** történhet (Ákr. 80. § (2) b)).

Ez az eljárás leegyszerűsíti az ügyintézkést, ha minden szükséges adat és feltétel fennáll az ellátás megállapításához.

Összegzés

A magyar jogrendszerben a betegszabadság és a táppénz eltérő mechanizmus szerint működnek: az előbbi munkajogi, míg az utóbbi társadalombiztosítási kategória. A jogszabályok világosan szétválasztják a két típusú ellátást, de összehangoltan biztosítják, hogy a keresőképtelen munkavállaló ne maradjon jövedelem nélkül.

A szabályozás komplexitása indokoltta teszi, hogy a gyakorló szakemberek és hallgatók egyaránt részletesen ismerjék a különböző jogszabályok tartalmát, mivel a jogosultság, az igénylés módja és az elbírálás eljárása is több törvény és rendelet összehangolt alkalmazásán alapul.

5.1.4. A táppénz és betegszabadság szabályozásának főbb változásai (1990–2025)

Az elmúlt évtizedek során a táppénz és betegszabadság szabályozása jelentős átalakuláson ment keresztül, reagálva a gazdasági, társadalmi és járványügyi kihívásokra. Az alábbiakban a szabályozási változások legfontosabb állomásait tekintjük át időrendben.

1. Rendszerváltás utáni konszolidáció és átmeneti szabályok (1990–1996)

A rendszerváltást követően az állami tulajdon dominanciája megszűnt, és ezzel párhuzamosan átalakult a társadalombiztosítási rendszer is. A táppénz jogosultság feltételei és a számítás módja több alkalommal változott, ideiglenes szabályozásokkal:

- A munkaviszony megszűnése utáni passzív táppénz bevezetése (feltételes jogosultság)
- A táppénz mértéke: 75%, 60% kórházi ellátás idején
- A biztosítottak körének fokozatos szűkítése a munkajövedelemmel rendelkezőkre
- A betegszabadság intézménye még nem különült el világosan a táppénztől
- A szabályozás - a rendszerváltás előtti és utáni első években – még nem rögzített szigorúan egységes maximumot a táppénzre igénybe vehető időtartamra. A gyakorlatban az ellátás ideje akár több mint egy évig is tarthatott, különösen akkor, ha nem volt egyértelmű egészségügyi állapotjavulás vagy munkaképesség-változás.

Jogszábiályi háttér: 1967. évi II. törvény a Munka Törvénykönyvéről, 1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről, 1991. évi IV. törvény (egészségbiztosítási járulék szabályozása).

2. Az egészségbiztosítási törvény és a táppénz egységes szabályozása (1997)

A táppénz modern, egységes szabályozása a **1997. évi LXXXIII. törvény** keretében valósult meg, amely a kötelező egészségbiztosítás pénzbeli és természetbeni ellátásait rendezte. Főbb elemek:

- Megjelenik a modern betegszabadság: 15 munkanap/év betegszabadság jár a munkavállalónak
 - Ezen időre **a munkáltató fizet**, ennek összege a távolléti díj 80%-a (A távolléti díj fogalmát a Munka Törvénykönyvének 2017-es módosítása óta használjuk a korábbi átlagkeresetre. Ezt az összeget addig átlagkeresetként definiálták)
- A betegszabadság után következik a táppénz, amit már a társadalombiztosítás finanszíroz
- A jogosultság a biztosítási időtől és jövedelemtől függ
- A táppénz időtartama ettől kezdve legfeljebb 1 év (365 nap) lehetett
 - Az egy év számítása a keresőképtelenség első napjától kezdődött
 - Hosszabbítás csak orvosszakértői szerv javaslata alapján történhetett, kizárólag kivételes esetekben (és akkor is csak korlátozott időtartamra).
- Táppénz mértéke: 70% (folyamatos munkaviszonynál), 60% (egyéb esetekben)
- A „passzív” táppénz lehetősége fennmaradt

3. 2000-es évek: Költségvetési korlátozások, visszaélések elleni lépések

a) Betegszabadság mértékének csökkenése (2009. augusztus 1.)

- A távolléti díj jelenlegi 80 százalékról 70 százalékra csökken

b) Táppénz mértékének csökkentése (2009. augusztus 1.)

- Táppénz mértéke: 70% → 60%.
 - Amennyiben valakinek nincs meg a két éves biztosított időszaka, úgy 60 százalék helyett, csak 50 százalékra jogosult

- Kórházi táppénz mértéke: 60% → 50%.
- Baleseti táppénz: 100% → 90%

c) Táppénz maximalizálás bevezetése (2009. augusztus 1.)

- A táppénz egy napra járó maximális összege nem haladhatja meg a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér 400 százalékának, a biztosítási jogviszony megszűnését követően a minimálbér 150 százalékának harmincad részét

4. 2010-es évek: Stabilizáció, digitalizáció kezdete

a) Táppénz napi maximum csökkentése és évenkénti változása (2011. május 1.)

- A táppénz legmagasabb összege májustól megegyeződött, napi legfeljebb 5200 forint vehető fel az új táppénzes esetek tekintetében
 - Az intézkedés előnyös a munkáltatók számára: a felső fizetési határ csökkentése visszafogja az indokolatlanul táppénzbe vonuló munkavállalók számát
- Ez évente változik (pl. 2022-ben: 15 800 Ft/nap).

b) Passzív táppénz eltörlése (2011. július 1.)

- A biztosítás megszűnését követően igénybe vehető táppénz (ún. *passzív táppénz*) megszűnt.
- Korábban az ún. passzív jogosultság 90 nap volt, amely 2007. április 1-jétől 45 napra, majd 2009. augusztus 1-jétől 30 napra csökkent
- Kizárólag fennálló biztosítási jogviszony alatt jár táppénz

c) Digitális nyomtatványok, elektronikus adatszolgáltatás kezdete (2017-től fokozatosan)

- Elindul az EESZT-hez való csatlakozás,
- NEAK elektronikus felületeken is elérhetővé teszi a táppénzhez kapcsolódó adatokat.

5. 2020–2021: COVID-19 pandémia és rendkívüli szabályozás

- **Karantén alatti keresőképtelenség:** Táppénz járhat akkor is, ha a munkavállaló hatósági karantén miatt nem dolgozhat, és otthoni munkavégzés nem lehetséges.

- **Telefonos keresőképtelenségi igazolás:** Házi orvos személyes vizsgálat nélkül is kiállíthatja.
- **Eljárási rugalmasság, online ügyintézés** bevezetése.

6. 2022–2025: Teljes digitalizáció és az EESZT-integráció elmélyítése

- A keresőképtelenségi igazolások automatikusan megjelennek az EESZT-ben,
- Elektronikus adatszolgáltatás a NEAK és a NAV felé,
- Papíralapú „táppénzes papír” gyakorlatilag megszűnt,
- Elektronikus ügyintézés elterjedése, munkáltatók digitális elérése.

A táppénz-plafon bevezetésének hatásai – Az NKFIH kutatás alapján

A 2009-es táppénzplafon bevezetése után 2011-ben a táppénz összegének felső határát a minimálbér négyszereséről a kétszeresére csökkentették.

Az intézkedés célja, hogy a közpénzekkel való visszaélés lehetőségét a minimálisra csökkentse, azaz a táppénzt jogtalanul és alapos indok nélkül felvevő „potyautasok” számára az eddiginél szigorúbb korlátokat állítson fel (Kormányportál, 2011), ennek ellenére a táppénz-csökkentés több szempontból is kedvezőtlen következményekkel járt mind a munkavállalók, mind a gazdaság egésze számára.

Az intézkedés elsősorban a magasabb keresetű biztosítottakat érintette hátrányosan. Az ő esetükben a jövedelempótlás aránya (helyettesítési ráta) 42%-ról akár 21%-ra is visszaesett. Ez azt jelentette, hogy egyes magas jövedelmű munkavállalók számára a keresőképtelenség idejére kapott ellátás aránytalanul alacsony lett, függetlenül attól, hogy járulékaikat korábban a teljes jövedelmük után fizették.

A tanulmány szerint ez a változás három fő negatív hatással járt:

1. A táppénz iránti bizalom csökkentése: Az érintettek igazságtalannak érzik, hogy a befizetett járulék mértéke és a ténylegesen kapható ellátás között nincs arányosság. Ez hosszú távon a társadalombiztosítási rendszer legitimációját is gyengíti.
2. A keresőképtelen munkavállalók anyagi kiszolgáltatottságának növelése: Azok, akik korábban magasabb keresetűek voltak, a táppénz-plafon miatt jelentős jövedelem-kiesést

szenvedtek el. Ez különösen azokban az ágazatokban volt érezhető, ahol a munkaterhelés magas és a kiégés, stressz, illetve a munkabalesetek aránya is nagyobb (pl. egészségügy, oktatás, nagyvállalati szféra).

3. Az egészségügyi kockázatok növekedése: A pénzügyi ösztönzők torzulása miatt sokan inkább betegen is dolgoznak, hogy elkerüljék a jövedelem-veszteséget. Ez azonban hosszabb távon rontja a termelékenységet, és a fertőző betegségek esetén növeli a munkahelyi megbetegedések kockázatát.

A tanulmány ugyanakkor rövid távon fiskális előnyöket is elismer: a korlátozás csökkentette a társadalombiztosítás pénzügyi terheit, és a táppénzes napok számának mérsékelt visszaesése révén a munkakínálat statisztikailag növekedett. Azonban ezek az előnyök nem strukturális hatékonyságból, hanem a munkavállalók kényszerű alkalmazkodásából fakadtak.

A tanulmány kiemeli: „ha a táppénz túl bőkezű, valóban fennáll a visszaélés veszélye, de ha túl szigorú, akkor a dolgozók nem mennek orvoshoz, hanem betegen dolgoznak, ami hosszú távon mind az egyénnek, mind a gazdaságnak káros” (NKFIH, 2016).

5.1. táblázat Összegzés: A főbb szabályozási trendek 1990–2025 között

Időszak	Főbb változások
1990–1996	Átmeneti rendszer, passzív táppénz, változó mértékek
1997	Egységes szabályozás (1997. évi LXXXIII. tv.)
2000–2010	Jogosultság szűkítése, passzív táppénz csökkenése, mértékcsökkentés, napi maximum
2010–2020	Költségvetési racionalizálás, passzív táppénz eltörlése, napi maximum csökkenése, digitalizáció kezdete
2020–2021	COVID-19 pandémia miatti átmeneti rugalmasság
2022–2025	Teljes digitalizáció, EESZT-integráció, online ügyintézés

Forrás: Szerzők

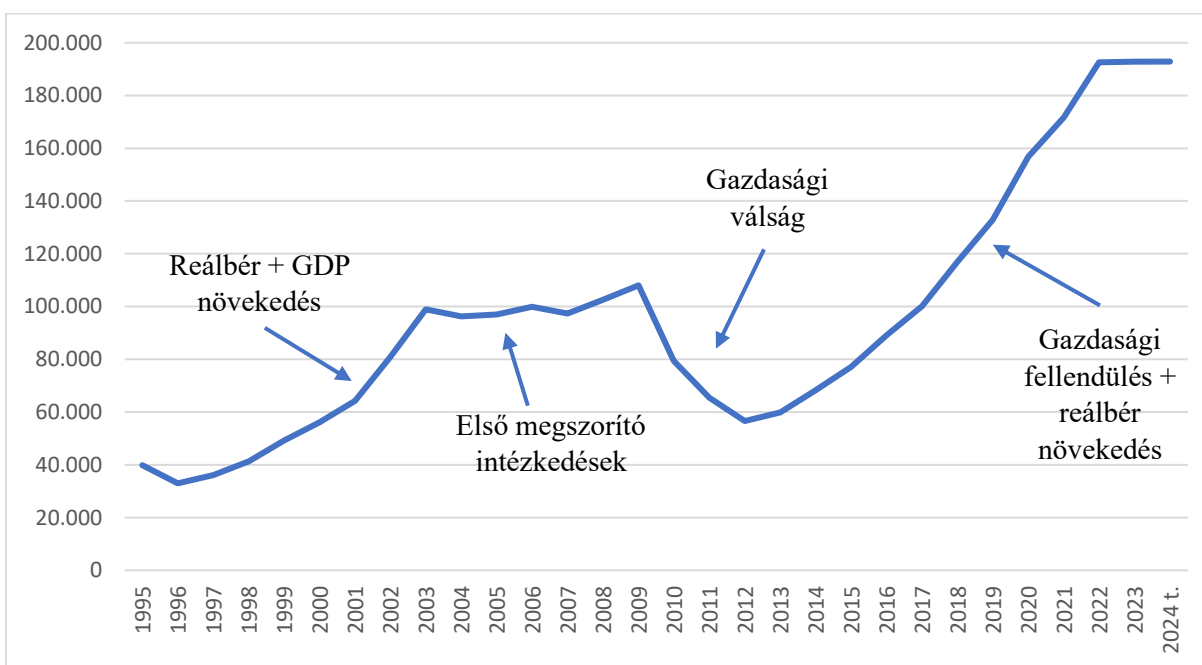
5.2. Makroszintű elemzés, kifizetések trendjei

5.2.1. A táppénzkiadások nominális és reálértékű összevetése (1995–2024)

A táppénzrendszer hosszú távú elemzése során különösen fontos, hogy megkülönböztessük a **folyó áron (nominálisan)** és az **inflációval korrigáltan (reálértéken)** kifejezett kiadásokat. A nominális adatok azt mutatják meg, hogy adott évben mennyi forintot fizetett ki az állam táppénz jogcímen, míg a reálértékű adatok azt mutatják meg, hogy ezek az összegek milyen **valódi gazdasági súlyt** képviselnek egy fix árszinthez (1995-höz) viszonyítva.

A következő ábra a táppénz jogcímen történő éves **társadalombiztosítási kifizetések alakulását mutatja be folyó áron**, 1995 és 2023 között. Az adatsor jól követi a gazdasági ciklusokat, a társadalombiztosítási szabályozások változásait és a keresetek alakulását.

5.1. ábra Táppénz alakulása nominál értéken 1995-2024 (millió Ft)



Forrás: NEAK évkönyv 2020, KSH adatok alapján saját szerkesztés

A táppénzkiadások alakulása több, jól elkülöníthető szakaszra bontható. Az **1995 és 2004 közötti időszakban** meredek növekedés figyelhető meg: a táppénzre fordított kiadások mintegy megháromszorozódtak, a korábbi 35 milliárd forint alatti szintről közel 100 milliárd forintra emelkedtek. Ezt a növekedést elsősorban a bérnövekedés, az infláció, valamint a foglalkoztatás bővülése magyarázza. A szabályozási környezet ekkor még kedvezőbb feltételeket biztosított,

hosszabb jogosultsági idővel és kevésbé szigorú korlátozásokkal, ami hozzájárult a táppénz igénybevételének stabil szintjéhez.

A **2005 és 2009 közötti években** a kifizetések szintje viszonylag stabil maradt, évi 90–105 milliárd forint körül ingadozott. Ebben az időszakban a táppénz összege és időtartama még nem csökkent számottevően, azonban már megjelentek a szigorítási törekvések, amelyek előrevetítették a következő időszak visszaesését.

A **2009 és 2012 közötti évek** a táppénzrendszer történetének egyik legnagyobb visszaesését hozták. A gazdasági válság hatására és a jogszabályi szigorítások következtében a táppénzre jogosultság feltételei jelentősen szigorodtak, csökkent az ellátás összege és időtartama, miközben nőtt a munkáltatói felelősség és az önrész.

Ennek eredményeként a táppénzkiadások drasztikusan visszaestek: 2012-ben a teljes kifizetés már kevesebb mint fele volt a 2008-as értéknek, ami a rendszer korábbi évtizedeihez képest történelmi mélypontot jelentett.

Ezt követően, **2013 és 2019 között**, a táppénzkiadások ismét fokozatosan emelkedni kezdtek. A növekedést részben a gazdaság élénkülése, a reálbérek dinamikus emelkedése és a foglalkoztatottság bővülése magyarázza, amely együttesen a társadalombiztosítási ellátások növekedéséhez is hozzájárult. A kiadások lassan, de folyamatosan közelítették meg a válság előtti szinteket, miközben a rendszer stabilizálódott.

Az **utolsó szakasz, 2020 és 2024 között**, már egészen más dinamikát mutat. 2020-ban a táppénzkiadások ugrásszerűen megemelkedtek, elsősorban a COVID-19 pandémia hatására, amely a keresőképtelenségi esetek számát és a táppénzidőtartamokat is növelte. A növekedés fő hajtóereje ugyanakkor továbbra is a bérek folyamatos emelkedése volt. A járvány kezdeti hullámai után azonban a keresőképtelenségi esetek száma mérséklődött, a COVID-19 pandémiához kapcsolódó speciális jogcímek – például a hatósági karantén – fokozatosan kivezetésre kerültek, és a rendszer alkalmazkodott az új körülményekhez. Ennek eredményeként a táppénzkiadások 2021 és 2024 között már nem növekedtek tovább exponenciálisan, hanem **magas, de stabil szinten**, évi mintegy **190 milliárd forint körül** állandósultak. Ez az érték ugyan jóval meghaladja a korábbi évtizedek szintjét, de a járvány utáni időszakban a rendszer egyértelműen konszolidálódott.

Össességében elmondható, hogy a táppénzkiadások alakulása 1995–2023 között egy **háromszakaszos trendet** mutat:

1. **Növekedés (1995–2004)**
2. **Visszaesés és megszorítás (2009–2012)**
3. **Újra emelkedés és csúcspont (2013–2024).**

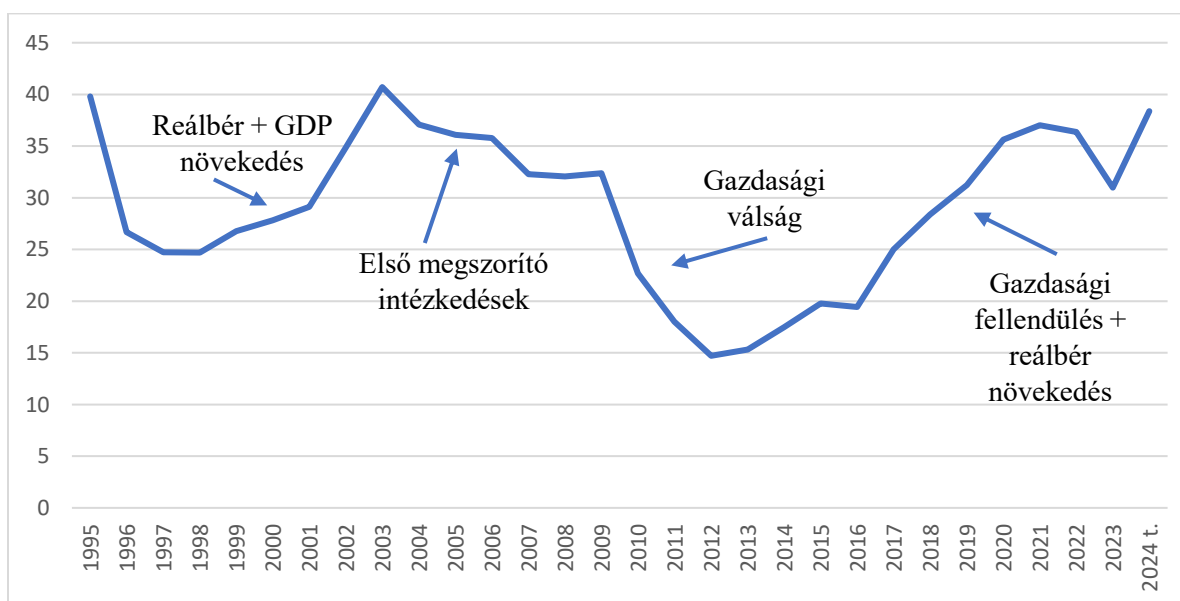
Ez a dinamikus változás nem csupán gazdasági, hanem **jogszabályi, járványügyi és munkaerőpiaci** hatások összességére vezethető vissza. A legutóbbi évek kiugró növekedése különösen hangsúlyos, és új kérdéseket vet fel a táppénzrendszer fenntarthatóságát illetően.

Táppénz-kifizetések reálértéken (1995–2024)

A táppénz makroszintű elemzése során nem elegendő csupán a **folyó áras adatok vizsgálata**, hiszen ezek erősen torzulnak az infláció hatására. A **reálértékű megközelítés** lehetővé teszi, hogy a kiadások időbeli alakulását **összehasonlítható módon**, azonos árszínvonalon vizsgáljuk.

Az alábbi adatsor a táppénzre fordított kiadásokat tartalmazza **1995-ös árakon számolva**, millió forintban.

5.2. ábra Táppénz alakulása reálértéken 1995-2024 (milliárd Ft)



Forrás: NEAK évkönyv 2020, KSH adatok alapján saját számítások

A táppénzkiadások reálértéken vizsgálva jól kirajzolják a társadalombiztosítási rendszer hosszú távú gazdasági ciklusait. Az **1995 és 2003 közötti időszakban** a kiadások egy kezdeti visszaesést követően folyamatosan emelkedtek. A rendszerváltás utáni kiigazítások után a táppénzrendszer reálértéken is megerősödött, és az évtized végére, illetve a 2000-es évek elejére elérte csúcspontját. A **2003-as év** ebből a szempontból kiemelkedő: ekkor reálértéken közel **41 milliárd forint** került kifizetésre, ami a teljes vizsgált időszak legmagasabb értékének tekinthető.

A **2004 és 2009 közötti években** a reálkiadások fokozatos csökkenést mutattak. Bár nominálisan a táppénzkiadások ebben az időszakban stagnáltak vagy mérsékeltén növekedtek, az infláció hatására a reálértékük folyamatosan visszaesett.

A **2009-es év** még mindig viszonylag magas, mintegy **32,4 milliárd forintos** reálértéket mutatott, de már jól érzékelhetően elmaradt a 2003-as csúcstól.

A **2010 és 2012 közötti évek** a táppénzkiadások történetének egyik legmarkánsabb visszaesését hozták. A reálértékű kifizetések ebben az időszakban drasztikusan zuhantak, 2012-re mindössze **14,7 milliárd forint**ra, ami az 1995-ös szintnek is csupán körülbelül **37 százaléka**.

A zuhanás egyértelműen a **szabályozási szigorítások** következménye volt: az ellátás időtartamát és összegét csökkentették, miközben a munkáltatói terhek emelkedtek, így a táppénzre való jogosultság és az igénybevétel is jelentősen visszaesett.

A **2013 és 2019 közötti időszakban** a táppénzkiadások reálértéken ismét emelkedni kezdtek, bár a növekedés üteme mérsékelt maradt. A kifizetések újra elérték a **30 milliárd forint körüli szintet**, de a 2003-as csúcshoz képest továbbra is elmaradtak. A növekedés mögött elsősorban a **reálbérek emelkedése** és a **foglalkoztatottság bővülése** állt, amely a társadalombiztosítási befizetések növekedésében is tükröződött.

A **2020 és 2022 közötti évek** fordulatot hoztak: a **COVID-19 pandémia** hatására a reálkiadások ismét jelentősen megemelkedtek. A **2021-es évben** a táppénzkiadások meghaladták a **37 milliárd forintot**, ezzel reálértéken visszatértek a 2000-es évek elejére jellemző szintre. A kiadások növekedése mögött a tömeges keresőképtelenség, az átmenetileg megnövekedett táppénzes időtartamok, valamint a gyors bérnövekedés állt.

A **2023-as évben** azonban ismét csökkenés következett: a reálértékű kiadások **30,98 milliárd forint**ra estek vissza. Ez arra utal, hogy bár nominálisan a táppénzkiadások továbbra is magas

szinten stagnáltak, az **infláció hatása** miatt a rendszer tényleges, reálértékben vett költsége csökkent. Mindez azt jelzi, hogy a táppénzrendszer volumene az elmúlt évtizedek során nemcsak a gazdasági ciklusokra, hanem a reáljövedelmek és az árszínvonal változásaira is rendkívül érzékenyen reagált.

A táppénzkiadások **reálértéken számítva jóval visszafogottabb képet mutatnak**, mint folyó áron. A 2003-as csúcs óta eltelt két évtizedben **egyetlen évben sem haladták meg ezt a szintet** reálértékben. A 2010-es évek mélypontja után ugyan a COVID-19 pandémia időszaka ideiglenesen újabb csúcspontot hozott, de **2023-ban újra csökkenés indult** meg.

A reálértékű elemzés azt mutatja, hogy a táppénzrendszer hosszú távon **nem tért vissza a 2000-es évek elejére jellemző társadalombiztosítási szerepéhez**. Összefoglalva a fentiek az alábbiak mondhatók el:

- **Nominális kiadások** folyamatosan nőnek, az 1995-ös ~40 milliárd Ft-ról 2023-ra ~210 milliárd Ft-ra. A növekedés a 28 év alatt **ötszörösére** emeli a kiadásokat.
- **Reálértékben** viszont a kiadások **nem mutatnak tartós növekedést**: a legmagasabb érték 2003-ban volt (~41 milliárd Ft), míg 2023-ban a reálértékű táppénzkiadás **alig haladja meg a 30 milliárd forintot** – vagyis **kb. 25%-kal alacsonyabb a 2003-as csúcsnál**.
- A **2009–2012 közötti szabályozási szigorítások** hatása sokkal erősebben látszik reálértéken: míg nominálisan a visszaesés mérsékeltebb, reálértékben a táppénzkiadás 2012-re **történelmi mélypontra** (14,7 Mrd Ft) esik, alig több mint harmada a 2003-as értéknek.
- A **COVID-19 pandémia** hatása 2020–2021-ben **nominálisan is és reálértéken is** kiugró növekedést eredményezett. 2021-ben a reálértékű kiadás megközelíti a 37 milliárd Ft-ot, ami **csaknem visszatérés** a 2000-es évek eleji szintre.
- **2022–2023-ban a nominális kiadások stagnálnak a csúcson**, de **reálértékben már csökkenés** látható: a 2023-as adat 30,98 Mrd Ft, ami **inflációs kiigazítással csökkenést jelent**, annak ellenére, hogy az összeg nominálisan rekord magas.

Ez az összevetés jól mutatja, hogy **a táppénzrendszer tényleges védőháló és biztonsági szerepe nem nőtt arányosan a nominális kiadásokkal**. Bár a költségvetés egyre több forrást fordít táppénzre, ez **nagyrészt az infláció és a bérek emelkedésének következménye**.

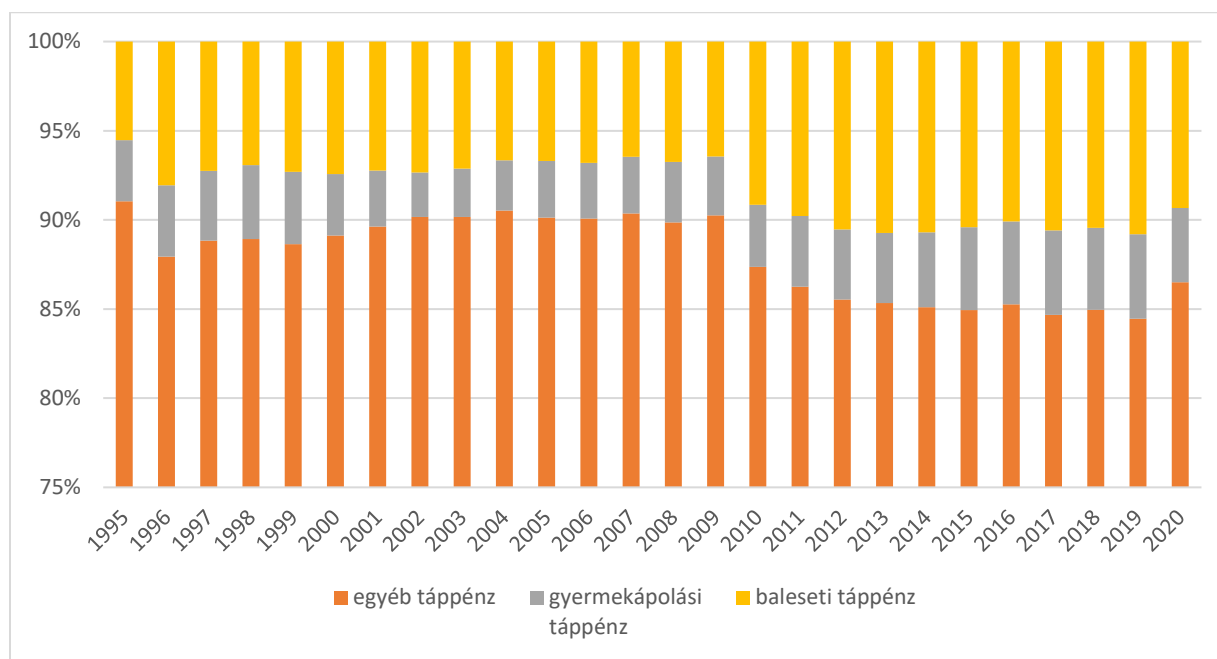
5.2.2. A táppénz kiadásainak szerkezete és súlya a társadalombiztosítás rendszerében

A különböző táppénztípusok arányának változása (1995–2020)

Az alábbi ábra a különböző jogcímenen kifizetett táppénzek arányát mutatja be az összes táppénz-kifizetésen belül, százalékos bontásban, 1995 és 2020 között. Három fő jogcímet különít el:

- **egyéb táppénz** (általános megbetegedés miatti keresőképtelenség),
- **gyermekápolási táppénz**,
- **baleseti táppénz**.

5.3. ábra Táppénzkiadások alakulása jogcím szerinti bontásban 1995-2020



Forrás: NEAK évkönyv 2020, KSH adatok alapján saját szerkesztés

Az „**egyéb táppénz**” **dominanciája** jellemző a teljes időszakban: aránya jellemzően 85–91% között mozog. 2010 körül kisebb csökkenés figyelhető meg, amely összefügg a 2009-es és 2010-es szabályozásváltozásokkal (pl. ellátási idő, jogosultsági feltételek, önrész szabályok módosítása).

A gyermekápolási táppénz aránya az időszak egészében meglehetősen stabil. Az arány jellemzően 3–5% körül ingadozik, jelentős kilengés, növekedés vagy csökkenés nem figyelhető meg, ami arra utal, hogy a gyermekápolási táppénz igénybevétele viszonylag kiszámítható és kevésbé érzékeny a külső gazdasági, illetve szabályozási változásokra.

A baleseti táppénz aránya 1995 és 2020 között szintén viszonylag állandó képet mutat, aránya jellemzően 6–8% körül alakul. 2010-től növekedés tapasztalható az egyéb táppénz arányának csökkenésével.

Az adatok összességében azt mutatják, hogy a táppénzkifizetések szerkezete hosszú távon stabil, azonban az „egyéb táppénz” dominanciáját érintették leginkább a társadalombiztosítási szabályozások változásai és a gazdasági környezet alakulása.

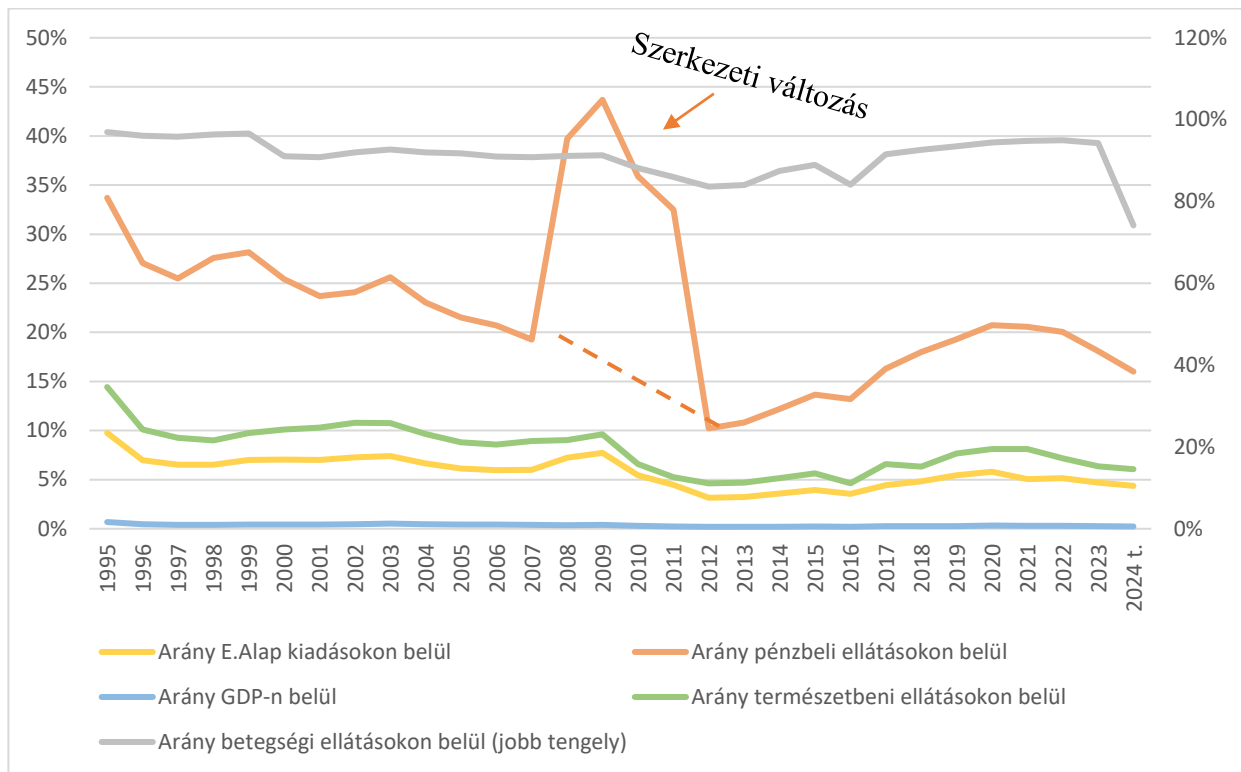
A táppénzkiadások aránya (1995–2024)

Az ábra a táppénzkiadások arányát mutatja be négy különböző viszonyítási alaphoz képest:

- a pénzbeli egészségbiztosítási ellátásokon belül,
- a betegség jogcímű kiadásokon belül,
- az összes egészségbiztosítási kiadáson belül, valamint
- a bruttó hazai termékhez (GDP) viszonyítva.

Ez a nézőpont lehetővé teszi, hogy ne csak az abszolút kiadási trendeket, hanem a táppénz rendszeren belüli súlyát is értelmezzük.

5.4. ábra A táppénzkiadások aránya 1995–2024



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

A vizsgált időszak elején, az 1990-es évek közepén a táppénz a pénzbeli ellátásoknak még viszonylag jelentős részét tette ki: az arány 25–30% körül mozgott.

A 2000-es években ez az arány fokozatosan csökkent. **2008–2011 között** megfigyelhető kiugrás egy szerkezeti változás következménye: **a rokkantsági kiadások a Nyugdíjbiztosítási Alapból kerültek finanszírozásra.**

A 2010-es évek közepétől a táppénz aránya tartósan **10–15% közötti szinten stabilizálódott**, ami jól mutatja, hogy a pénzbeli egészségbiztosítási ellátások szerkezetében a táppénz viszonylagos súlya hosszú távon csökkent.

A **betegség ellátásokon belül** – amelyek a táppénzt, a gyógykezelési támogatásokat és egyéb egészségi állapothoz kötött juttatásokat foglalják magukba – a táppénz aránya tartósan **90% körül** alakul. Ez arra utal, hogy ez a jogcím szinte teljes egészében a keresőképtelenségi ellátásokat fedi le; a többi tétel volumene ehhez képest marginális.

A táppénz **természetbeni egészségbiztosítási ellátásokon belüli aránya** – vagyis a járó- és fekvőbeteg-szakellátással, diagnosztikával, rehabilitációval és gyógyszer támogatással együtt értelmezett nagy kassza belüli részesedése – mindvégig **5–10% közötti** mozgott.

Az **összes egészségbiztosítási kiadáson belül** a táppénz aránya folyamatosan alacsony, **5% alatti**, és hosszú távon enyhén csökkenő tendenciát mutat. Ez a tendencia azt tükrözi, hogy miközben az egészségügyi szolgáltatások és a gyógyszer támogatások kiadásai dinamikusán nőttek, a táppénz részesedése a teljes egészségügyi kiadási struktúrában **marginálissá vált**.

A **GDP-hez viszonyított arány** pedig mindvégig **0,3–0,5% alatt marad**, ami makroszinten is alátámasztja, hogy a táppénz a magyar gazdaságban **nagyon kis súlyú, de stabilan jelenlévő** közkiadási tétel.

Az aránymutatók együttes vizsgálata azt mutatja, hogy a táppénz pénzbeli ellátásként **ma már jóval kisebb súlyt képvisel**, mint a vizsgált időszak elején: bár a 2008–2011 közötti számviteli átrendeződés egy átmeneti kiugrást okozott, hosszú távon az arány **10–15% körüli szinten stabilizálódott**. Ugyanakkor a betegségi jogcímen belül a táppénz továbbra is **meghatározó tétel**, hiszen a kiadások döntő részét ez az ellátástípus adja.

A táppénzrendszer jövedelempótló funkciójának alakulása

A táppénzkiadás, az egy napra jutó táppénzkiadás és az átlagkereset kumulált növekedése (1992–2024)

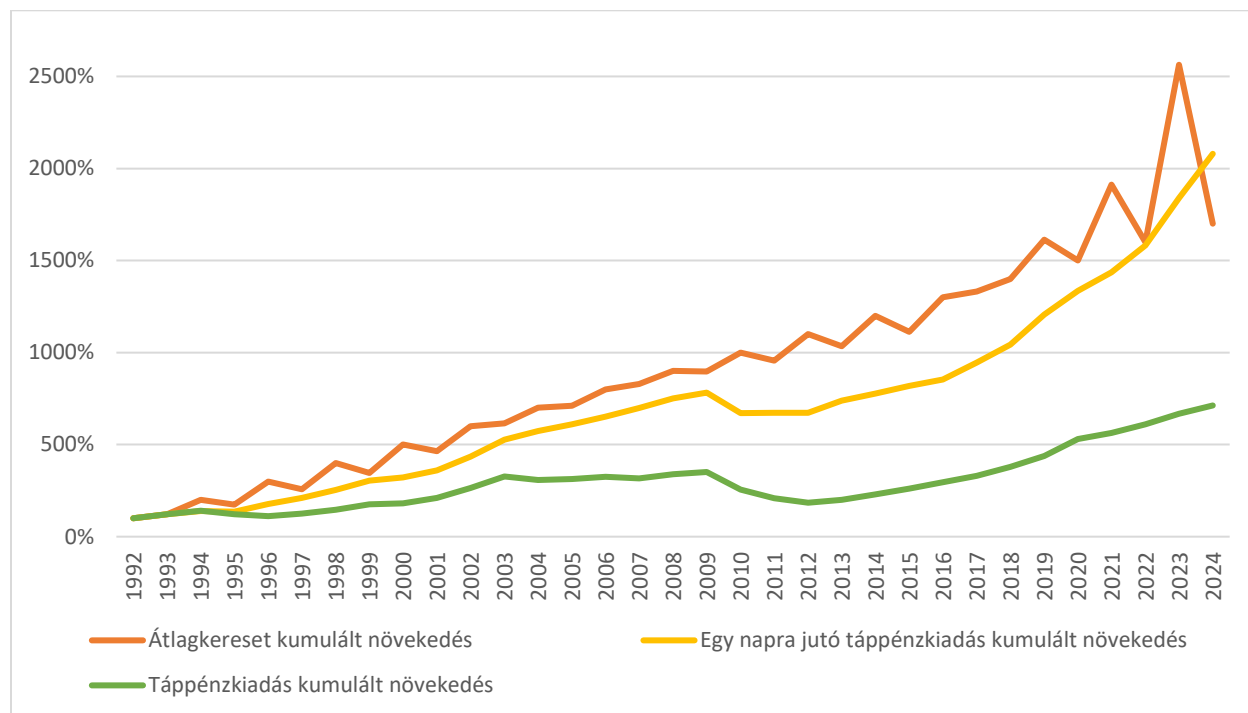
Az ábra a táppénzzel kapcsolatos fő makrogazdasági mutatók kumulált növekedését mutatja be 1992 és 2024 között.

Három idősor szerepel rajta:

- az átlagkeresetek növekedése,
- az egy napra jutó táppénzkiadás kumulált növekedése,
- a teljes táppénzkiadás kumulált növekedése.

A mutatók mindegyike **egy bázisévhez viszonyított index**, amely azt fejezi ki, hogy az adott év értéke hány százaléka a bázisévnek (pl. 1992 = 100%). Az így kapott kumulált görbék alkalmasak a hosszú távú trendek összevetésére.

5.5. ábra A táppénzkiadás, az egy napra jutó táppénzkiadás és az előző évi bruttó átlagkereset százalékos növekedése 1992-2024



Forrás: NEAK évkönyv 2020, KSH adatok alapján saját szerkesztés

A bruttó átlagkeresetek növekedése messze meghaladja a táppénz-növekedés ütemét.

Az átlagkeresetek folyamatos, trendszerű növekedése az egész vizsgált időszakban megfigyelhető, különösen a 2010-es évek közepétől. 2023-ra az átlagkereset kumulált növekedése megközelíti a **2000–2500%-ot**, míg a táppénzre jutó értékek ezt messze nem követik le. Ez jól mutatja, hogy a táppénz **jövedelempótló szerepe reálértékben gyengült**.

Az egy napra jutó táppénzkiadás lényegében az átlagkeresethez hasonló pályát fut, de mindig **alatta marad**.

Ez azt jelzi, hogy a napi táppénz-összegek emelkedtek ugyan, de **lassabb ütemben, mint a bruttó keresetek**. A 2010-es évek közepétől itt is erősödő növekedés látható, ami a bérek általános emelkedésével és a magasabb jövedelmű foglalkoztatottak arányának növekedésével függhet össze.

A 2022–2023 közötti kilengés a **járványhelyzet hatása**: a keresőképtelenség struktúrája és az átlagos táppénzidőtartam hirtelen változása torzította az adatokat.

A teljes táppénzkiadás sokkal laposabb pályát követ, vagyis a rendszer egészének növekedése elmarad a jövedelmek és a napi kifizetések növekedésétől.

Ez azt jelzi, hogy:

- a keresőképtelen napok száma hosszú távon **nem nőtt érdemben**, sőt, 2010 körül visszaesett,
- a táppénzre jogosultak aránya csökkent,
- valamint a rendszer szigorítása (2009–2012 között) tartósan **mérsékelte a táppénzkiadások össz-tömegét**. A 2013 utáni újraemelkedés nominálisan erős, de kumulált növekedésben a görbe még 2024-ben is **jóval elmarad az átlagkereset trendjétől**.

A három idősor együttes vizsgálata alapján megállapítható, hogy a táppénz rendszerének jövedelempótló funkciója az elmúlt három évtizedben fokozatosan gyengült. Miközben az átlagkeresetek a vizsgált időszak alatt több mint húszszorosukra nőttek, a táppénz napi összege és az összkiadás nem tudta követni ezt az ütemet, így a táppénz reálértékben mérve egyre kisebb jövedelempótló szerepet tölt be.

A korábbi elemzésekben is látható, hogy a reálértékben számolt kifizetések inkább stagnálnak vagy csökkennek, ennek következtében a táppénz relatív súlya a társadalombiztosítási ellátásokon belül is mérséklődött. A 2020 körüli hirtelen kiugrás nem a rendszer reformjának, hanem a járványhelyzet rendkívüli hatásainak tudható be, amikor a keresőképtelenségi esetek és a táppénzidőtartamok átmenetileg megugrottak. A 2023-as adatokban látható visszarendeződés ugyanakkor arra utal, hogy a COVID-19 pandémia időszaka extrém értékeit követően a táppénzrendszer ismét egy mérsékeltebb, de a korábbinál magasabb bázisszinten stabilizálódott.

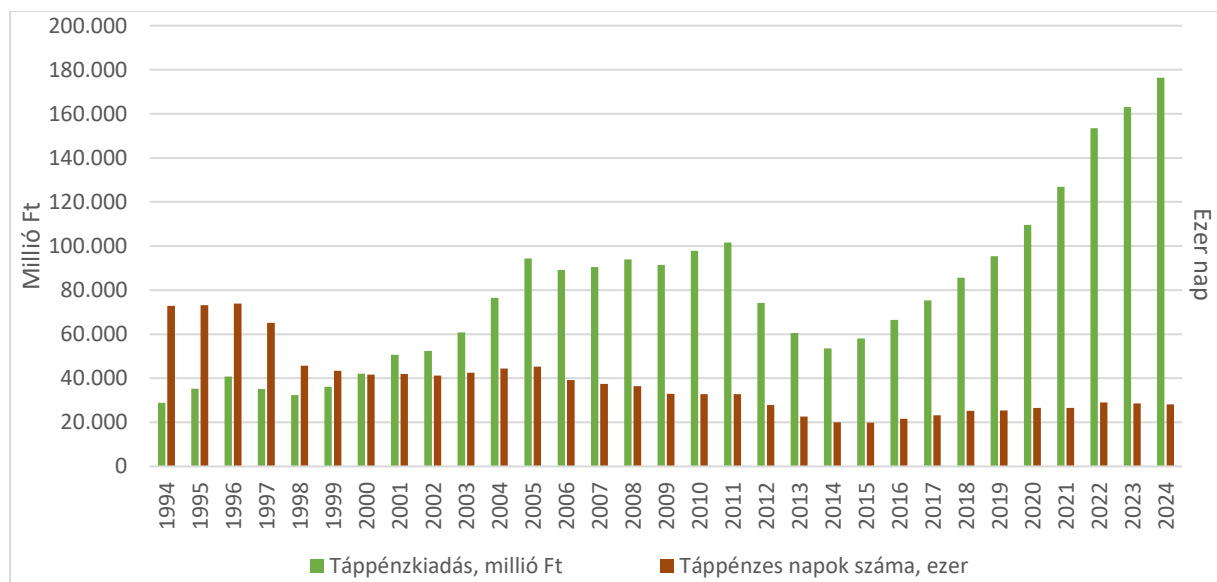
Összességében az ábra egyértelműen szemlélteti, hogy a táppénzre fordított források növekedése **nem tudta tartani a lépést a bérdinamikával**. Míg az egy napra jutó táppénzösszeg emelkedése valamelyest követte a kereseteket, a teljes táppénzkiadás kumulált értéke a vizsgált három évtizedben **lényegesen kisebb ütemben nőtt**, ami a jogosultsági szigorítások, a munkáltatói önrész növekedése és a betegszabadság rendszerének változásai miatt alakult így.

5.2.3. A táppénz igénybevételének volumene és dinamikája

A táppénzes napok és a táppénzkiadások alakulása (1992–2024)

Az ábra a táppénzes napok számának (ezer napban) és a táppénzkiadások összegének (millió forintban) alakulását mutatja be 1992 és 2023 között. A két mutató együttes vizsgálata jól érzékelteti, hogy a táppénzrendszerben bekövetkező változások nem pusztán a kifizetések nagyságának, hanem a keresőképtelenséggel töltött napok számának alakulásából is fakadtak.

5.6. ábra A táppénzes napok és a táppénzkiadások alakulása 1992-2024



Forrás: NEAK évkönyv alapján saját szerkesztés

Az 1990-es évek elején a táppénzes napok száma rendkívül magas volt, évi **60–70 millió nap körül**, ami a gazdasági szerkezetváltás időszakában jellemző munkaerő-piaci bizonytalanságokkal és a munkahelyi hiányzások nagy arányával magyarázható. Ezen túlmenően a társadalombiztosítás által nyújtott táppénz és a korhatár alatti rokkantsági nyugellátások stabilabb, hosszabbtávú és magasabb összegű jövedelmet jelentettek, mint a munkanélküli segély. Mondhatjuk azt, hogy menekülés volt a tartós munkanélküliség státuszától. Ekkor azonban a táppénzkiadások nominális értéke még viszonylag alacsony, 20–30 milliárd forint körül mozgott.

A későbbi években, **1995 és 2003 között**, a táppénzes napok száma jelentősen **csökkent**, ugyanakkor a kifizetések **folyamatosan emelkedtek**, ami a nominálbérek emelkedésének is következménye. A 2000-es évek elején mindkét mutató eléri a maga csúcspontját: a

táppénzkiadások meghaladják a **90 milliárd forintot**, miközben a táppénzes napok száma még mindig magas, de már csökkenő tendenciát mutat.

A **2009–2012 közötti időszakban** egyértelmű **viSSzaesés** figyelhető meg mindkét mutatóban. A gazdasági válságot követő években a kormányzati megszorítások, a táppénz szabályainak szigorítása (pl. a munkáltatói önrész növelése, a jogosultsági idő és a kifizetési arány csökkentése) drasztikusan visszavetették a keresőképtelenséggel töltött napok számát és az összkiadásokat is. A 2012-es évben mindkét mutató **történelmi mélypontot** ér el.

A **2013 utáni időszakban** a táppénzkiadások újra emelkedni kezdenek, ám a táppénzes napok száma tartósan **alacsony szinten stabilizálódik**. Ez arra utal, hogy a növekvő kiadásokat elsősorban a **béremelkedés és nem a keresőképtelen napok számának növekedése** magyarázza. A kiadások tehát nem a táppénzhasználat gyakoriságából, hanem **az egy napra jutó költség emelkedéséből** erednek.

A **2020 utáni években** a táppénzkiadások meredeken megugranak, elérve a **200 milliárd forint feletti** szintet. Ennek elsődleges oka a **COVID-19 pandémia**, amely átmenetileg megnövelte a keresőképtelenségi esetek számát és időtartamát, illetve új jogcímekkel (pl. hatósági karantén) bővítette a jogosultak körét. Ugyanakkor a táppénzes napok száma csak mérsékelten nőtt, és 2021–2023 között ismét visszatért a korábbi, alacsony szintre.

A két idősor együtt azt mutatja, hogy a táppénzrendszer volumene az elmúlt három évtizedben **jelentősen átalakult**: míg a keresőképtelenséggel töltött napok száma a 1990-es évekhez képest **tartósan csökkent**, a táppénzkiadások nominális értéke **soha nem látott szintre emelkedett**.

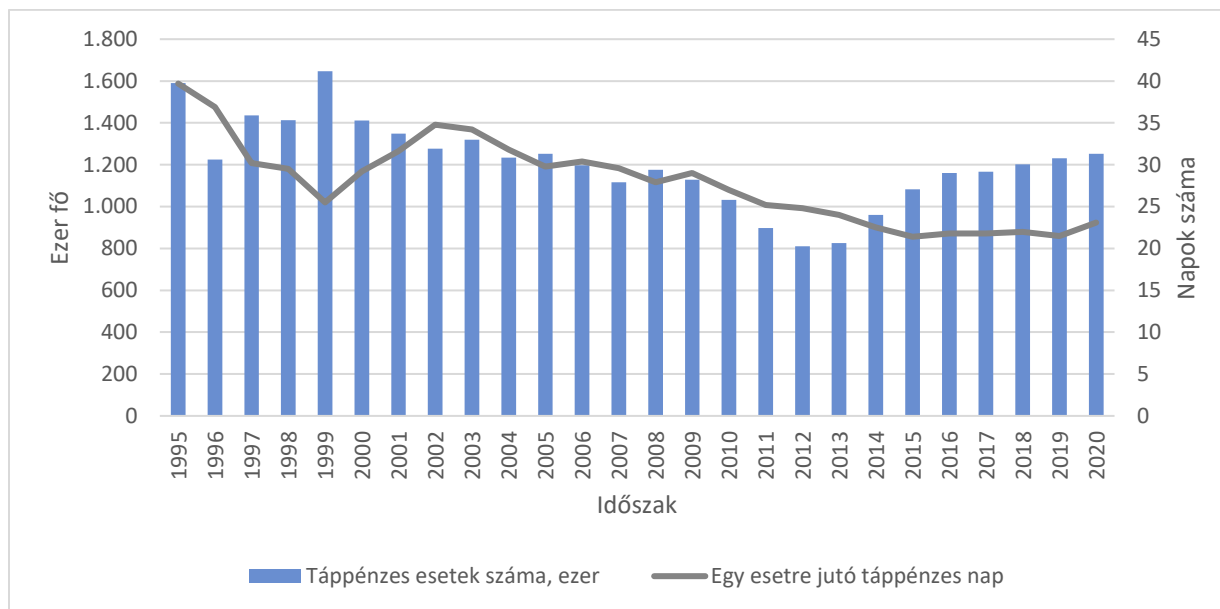
A rendszer tehát ma **kevesebb embernek, rövidebb időre, de magasabb összegű napi ellátást** biztosít, mint korábban. Ez a változás jól tükrözi a munkaerőpiac átalakulását, a szigorodó szabályozási környezetet, valamint a bérdinamika táppénzre gyakorolt közvetett hatását.

A táppénzes esetek száma és az egy esetre jutó táppénzes napok alakulása (1995–2020)

Az ábra a táppénz igénybevételének két fő mutatóját mutatja be: az éves táppénzes esetek számát (ezer darabban) és az egy esetre jutó átlagos táppénzes napok számát. A vizsgált időszakban jól kirajzolódik, hogy a táppénzes esetek száma **folyamatosan csökkent** 1995 és 2012 között, majd a 2013 utáni időszakban **mérsékelt emelkedés és stabilizálódás** figyelhető meg. Ez a hosszú távú csökkenés elsősorban a **szigorodó jogosultsági feltételeknek**, a

munkáltatói önrész bevezetésének, valamint a rövidebb ellátási időtartamoknak tulajdonítható.

5.7. ábra A táppénzes esetek száma és az egy esetre jutó táppénzes napok alakulása 1995–2020



Forrás: NEAK évköny és KSH adatok alapján saját szerkesztés

Ezzel párhuzamosan az **egy esetre jutó táppénzes napok száma** nem követett egyértelmű növekvő trendet: a 2000-es évek elején még magasabb értékeket mutatott, majd 2002 után **tartós csökkenés** következett, és a 2010-es évek elejére elérte **mélypontját** (átlagosan 20 nap körül). A 2013 utáni években az érték **stabilizálódott**, 2020-ban pedig a **COVID-19 pandémia** hatására **átmeneti emelkedés** figyelhető meg.

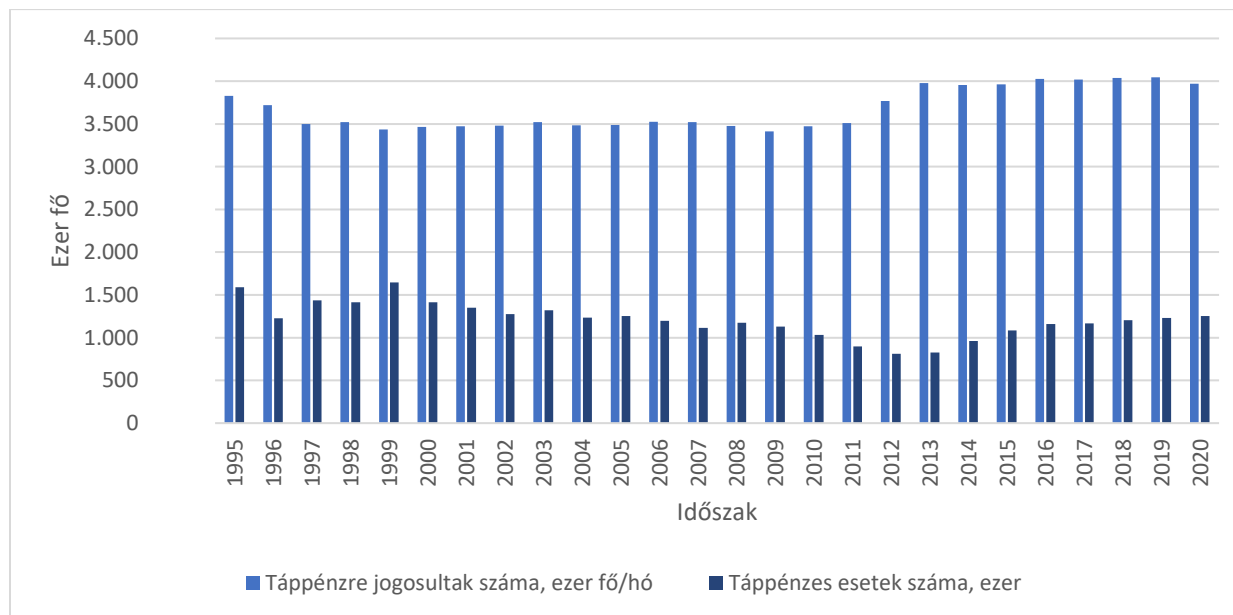
Összességében tehát a táppénzrendszer a 2000-es években **egyre kevesebb és rövidebb** táppénzes időszakokkal működött, majd a 2010-es években **kiegyensúlyozottabb, alacsonyabb aktivitású szakaszba** lépett. Az ábra jól mutatja, hogy a keresőképtelenségi esetek számának visszaesése **nem járt együtt a táppénzes időtartamok meghosszabbodásával**, így a rendszer igénybevételi gyakorisága és intenzitása egyaránt mérséklődött.

A táppénzre jogosultak és a táppénzes esetek alakulása (1995–2020)

Az ábra a táppénzre jogosultak havi átlagos számát és a táppénzes esetek számát mutatja be 1995 és 2020 között. A két mutató együtt érzékelteti, hogy mekkora volt a társadalombiztosítási rendszer

által lefedett potenciális jogosultak köre, illetve közülük hányan vették ténylegesen igénybe a táppénzt.

5.8. ábra A táppénzre jogosultak (fő) és a táppénzes esetek alakulása 1995-2020



Forrás: NEAK évkönyv alapján saját szerkesztés

A **táppénzre jogosultak száma** az 1990-es évek közepén 3,8–4 millió fő körül alakult, ami gyakorlatilag lefedi a teljes, biztosítással rendelkező aktív népességet. Ezt követően a 2000-es években stagnálás figyelhető meg, 2010-ben a jogosultak havi átlagos száma 3,5 millió körül alakul.

2012-től azonban látványos növekedés következik, a táppénzre jogosultak száma ismét eléri, majd meghaladja a 4 millió főt, és a 2014 utáni években stabilizálódik ezen a szinten.

Ez a fordulat a foglalkoztatottság gyors növekedésével, a munkaerőpiac kifehéredésével, valamint a biztosítási jogviszonyok bővülésével hozható összefüggésbe.

A **táppénzes esetek száma** ezzel szemben a vizsgált időszak nagy részében **folyamatosan csökkenő tendenciát** mutat a 2010-es évek elejéig. Az 1990-es években évente még 1,5 millió körüli táppénzes esetet regisztráltak, ez a szám a 2000-es évek közepére 1 millió környékére, majd 2012-re **mintegy 600 ezerre** esett vissza. A csökkenés hátterében több tényező állhat:

- a táppénzre vonatkozó **szabályozások szigorítása** (pl. jogosultsági feltételek, munkáltatói önrész),
- a **munkavállalói magatartás változása** – a munkából való hiányzás társadalmi megítélésének és anyagi következményeinek szigorodása,
- valamint a **munkaerőpiaci bizonytalanság** és a munkahely-megtartási kényszer növekedése.

2013-tól a táppénzes esetek száma enyhe emelkedést mutat, de nem tér vissza a korábbi szintekre, hanem **1–1,2 millió körül stabilizálódik**. Ez arra utal, hogy a táppénz igénybevétele ma kevesebb embert érint, de a keresőképtelenség ideje hosszabb lehet, és a kifizetések összege is magasabb, mint korábban.

A két mutató együttes elemzése alapján megállapítható, hogy a táppénzre **jogosultak köre újra bővült**, miközben az **igénybevétel gyakorisága** alacsonyabb maradt, mint a 2000-es évek elején. A rendszer tehát formálisan egyre több munkavállalót fed le, de **a tényleges igénybevétel intenzitása csökkent**.

A táppénzrendszer így 2020-ra egy **alacsony gyakoriságú, de magasabb összegű ellátási formává** vált, amely egyre kevésbé tölti be a korábbi, széles körű jövedelemkiegyenlítő szerepét.

Összességében az ábrák együttes vizsgálata azt mutatja, hogy a magyar táppénzrendszer az elmúlt három évtizedben alapvető szerkezeti átalakuláson ment keresztül. Míg a táppénzes napok száma csökkent, és a keresőképtelenségi esetek gyakorisága mérséklődött, addig a kifizetések nominális értéke meredeken emelkedett, elsősorban a bérek és a járulékalap növekedésének hatására. A kumulált növekedési adatok alapján a bruttó átlagkeresetek jóval gyorsabban emelkedtek, mint az egy napra jutó táppénz vagy az összes táppénzkiadás, ami arra utal, hogy a táppénz jövedelempótló szerepe fokozatosan gyengült.

A rendszer így ma kevesebb igénybevevőt, rövidebb táppénzes időszakokat, de magasabb egységkifizetéseket jellemez — vagyis a hangsúly a széles körű szociális funkció helyett egyre inkább a célzott, keresőképtelenségi esetekhez kötött ellátásra helyeződött át. Ez a folyamat jól illusztrálja, hogyan alakult át a táppénz makrogazdasági jelentősége a 1990-es évek jövedelempótló eszközéből a 2020-as évekre egy szűkebb, de stabilizált társadalombiztosítási alrendszerré.

5.3. Összefoglaló: 30 év időszakának főbb fázisai

A rendszerváltás utáni években a táppénzrendszer a kötelező társadalombiztosítási ellátások központi elemét képezte, amely a keresőképtelenné vált biztosítottak jövedelempótlását biztosította. A táppénz jogi kereteit az 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) és a hozzá kapcsolódó végrehajtási rendeletek rögzítették, a finanszírozás az Egészségbiztosítási Alapból történt. A kilencvenes évek végére a táppénzkiadások nominálisan gyorsan növekedtek, 1995 és 2003 között közel háromszorosára emelkedtek, ugyanakkor a reálértékük stagnált, ami a magas infláció és az alacsony reáljövedelmek következménye volt.

A 2004–2009 közötti időszakot a kiadások mérsékelt csökkenése, majd a válság hatására visszaeső igénybevétel jellemezte. 2009 és 2012 között jelentős rendszerszintű szigorításokra került sor: csökkent a táppénz mértéke (a korábbi 70–80 %-ról 50–60 %-ra), rövidült a jogosultsági idő, nőtt a munkáltatói önrész, és megszűnt a passzív jogon járó táppénz. Ezek hatására a keresőképtelenségi esetek száma és az összes táppénzes nap is történelmi mélypontra esett, 2012-ben a kiadások reálértéke már csak harmada volt a 2003-as szintnek.

2013 után a gazdasági növekedés, a foglalkoztatottság bővülése és a bérdinamika hatására a táppénzkiadások ismét emelkedni kezdtek. A nominális növekedés mögött elsősorban a jövedelmek emelkedése állt, nem a keresőképtelenségi esetek gyakoribbá válása: a táppénzre jogosultak köre bővült, hanem az igénybevételi gyakoriság alacsony szinten stabilizálódott. A táppénz jövedelempótló funkciója ugyanakkor relatíve gyengült, mivel az átlagkeresetek növekedését a táppénz napi összege nem tudta követni.

A 2020–2021-es COVID-19 pandémia idején átmeneti kiugrás történt: a keresőképtelenségi esetek száma és az összes táppénzes nap egyaránt emelkedett, új jogcímek (hatósági karantén, járványügyi megfigyelés) is megjelentek. A járvány lecsengésével a rendszer gyorsan visszatért a korábbi szintre, 2022–2023 között a kiadások nominálisan 190 milliárd forint körül stabilizálódtak.

Hosszú távon a táppénz súlya az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásain belül 25 %-ról 10–12 % közé csökkent, a GDP-hez viszonyított aránya 0,3–0,4 % alatt maradt. A magyar rendszer ma kevesebb igénybevevőt, rövidebb táppénzes időszakokat, de magasabb átlagos ellátási összeget jellemez.

A táppénz a társadalombiztosítási rendszerben az **átmeneti keresőképtelenség** kezelésére szolgáló jövedelempótló ellátás. Időtartama, mértéke és jogosultsági feltételei egyaránt azt tükrözik, hogy a jogalkotó ezt az ellátást rövid vagy középtávú munkakiesés esetére tervezte.

Amennyiben azonban az egészségkárosodás tartóssá válik, és a munkaképesség-csökkenés már nem átmeneti jellegű, a társadalombiztosítás más típusú ellátási formát biztosít. A következő fejezetben ezért a **rokkantsági és rehabilitációs ellátások** rendszerét vizsgáljuk meg, amelyek a tartós egészségkárosodással élők hosszabb távú megélhetési védelmét szolgálják.

5.4. Kontrollkérdések

- a. Mi a viszonya a betegszabadság és a táppénz igénybevételének egymáshoz? (Kik fizetik, milyen időtartamban, és milyen arányban pótolja a jövedelmet az egyik, illetve a másik?)
- b. A táppénz szabályai milyen szigorításokon mentek keresztül a '90-es évek közepétől a 2010-es évek elejéig? (pld. jogosultsági idő, önrész, mérték és az ellátási időtartam változásai)
- c. Hogyan alakult a táppénz részaránya az Egészségbiztosítási Alapon belül, illetve a pénzügyi egészségbiztosítási ellátások összes kiadásához viszonyítva az egyes időszakokban?
- d. Mennyi egyéni járulékot kell fizetni az éves táppénzkiadások fedezetére, és hogyan változott ennek szerepe a finanszírozásban az elmúlt évtizedek során?
- e. Miben különbözik a baleseti táppénz a „sima” táppénztől? (pld. jogosultság feltételei, a finanszírozási forrás, ellátás mértéke)
- f. Milyen főbb trendek figyelhetők meg a táppénzkiadások nominális és reálértékű alakulásában 1995 és 2023 között?
- g. Hogyan változott a táppénzes napok és a táppénzes esetek száma a vizsgált időszakban, és milyen tényezők álltak e mögött?
- h. Melyek voltak a 2020–2023 közötti időszak kiugró tényezői, amelyek befolyásolták a táppénzkiadásokat és a keresőképtelenségi mutatókat?
- i. Miért mondható, hogy a táppénz jövedelempótló szerepe gyengült a bruttó átlagkeresetekhez képest?
- j. Hogyan értelmezhető a táppénzrendszer 2010 utáni „stabilizációs szakasza”?

5.5. Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
Ágazati szolidaritás elve	Az egészségbiztosítási rendszer alapelve, amely szerint a járulékfizetők befizetéseiből a rászorulókat ellátásuk is finanszírozzák. A táppénz ennek az elvnek az egyik megnyilvánulása.
Átlagkereset / távolléti díj	A munkavállaló meghatározott időszakra számított jövedelme, amely a táppénz és más pénzbeli ellátások alapját képezi. A korábbi „átlagkereset” fogalmát 2017-től a Munka Törvénykönyve szerint „távolléti díj” váltotta fel.
Baleseti táppénz	Munkabaleset vagy foglalkozási betegség esetén járó pénzbeli ellátás, amely a kieső jövedelmet 90–100%-os arányban pótolja. A finanszírozása a társadalombiztosítási alaphoz történik.
Betegszabadság (Sick leave)	Munkajogi kategória, amely évente legfeljebb 15 munkanapra jár a munkavállalónak saját betegsége esetén. Ez idő alatt a munkáltató fizeti a távolléti díj 70%-át. Nem társadalombiztosítási ellátás.
Biztosított	A társadalombiztosítási jog szerint az a személy, aki biztosítási kötelezettség alá esik (munkaviszony, vállalkozás stb.), és jogosult pénzbeli egészségbiztosítási ellátásokra, például táppénzre.
CSED (Csecsemőgondozási díj)	Korábban terhességi-gyermekágyi segély (TGYÁS). Az egészségbiztosítás egyik pénzbeli ellátása, amely szülés után jár, és a táppénzhez hasonlóan keresetpótló funkciót tölt be.
Egészségbiztosítás	A társadalombiztosítás egyik ága, amely pénzbeli és természetbeni ellátásokat biztosít (pl. orvosi ellátás, kórházi kezelés, táppénz). Magyarországon jogszabályi alapja a 2019. évi CXXII. törvény (Tbj.).
Egészségbiztosítási Alap (E-Alap)	Az egészségbiztosítás pénzügyi alapja, amely a táppénz, a gyógyszerterápiák, valamint az egészségügyi szolgáltatások finanszírozását biztosítja. A NEAK kezeli.
Egészségügyi szolgáltatásra jogosult	Az a személy, aki biztosítotti státusz nélkül is jogosult bizonyos egészségügyi ellátásokra (pl. szociálisan rászoruló, álláskereső) a Tbj. 22. §-a alapján.

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
Egy napra jutó táppénzkiadás	Az egyes évek összes táppénzkiadását és a táppénzes napok számát hányadosként kifejező mutató, amely a napi átlagos kifizetést mutatja. Fontos indikátor a táppénzrendszer gazdasági elemzésekor.
EESZT (Egészségügyi Elektronikus Szolgáltatási Tér)	A magyar e-egészségügyi adatplatform, amely 2017-től fokozatosan integrálta a táppénzes igazolások és keresőképtelenségi adatok elektronikus kezelését.
Ebtv. (1997. évi LXXXIII. törvény)	A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény, amely a táppénz és más egészségbiztosítási pénzbeli ellátások (pl. CSED, GYED) szabályait tartalmazza.
Gyermekápolási táppénz (GYÁP)	Olyan ellátás, amelyet a biztosított szülő kap, ha gyermeke betegsége miatt nem tud dolgozni. A mértéke és időtartama a gyermek életkorától és a szülő biztosítási idejétől függ.
ILO 102. sz. Egyezmény	Az 1952-ben elfogadott nemzetközi egyezmény a társadalombiztosítás minimális színvonaláról, amely kimondja, hogy minden dolgozónak joga van megfelelő jövedelempótláshoz betegség esetén.
Jogosultsági idő	Az az időtartam, amely alatt a biztosított személy táppénzre jogosult. Általában legfeljebb 1 év (365 nap), de külön esetekben meghosszabbítható.
Keresőképtelenség (Temporary incapacity)	Olyan egészségi állapot, amelyben a biztosított orvosilag igazoltan nem képes munkát végezni. A táppénz alapfeltétele.
Keresőképtelenség orvosi elbírálása	Az orvos vagy orvosszakértő által végzett eljárás, amely során megállapítják, hogy a biztosított munkavégzésre alkalmatlan-e. A folyamatot a 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet szabályozza.
Keresőképes állapot visszaállítása	A táppénzrendszer egyik célja: a jövedelempótlás mellett ösztönözni a mielőbbi munkába való visszatérést. Ennek orvosi és munkaerő-piaci feltételei vannak.
Keresőképtelenségi eset	Egy adott biztosított személy betegség miatti táppénzes időszaka. Az esetek számát gyakran használják a rendszer igénybevételeinek mérésére.

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
Kifizetési maximum (napi limit)	Jogsabály által meghatározott felső határ a táppénz napi összegére. 2009-től a napi táppénz nem haladhatja meg a minimálbér 400%-ának harmincad részét.
KSH és NEAK évkönyvek	A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által évente kiadott adatforrások, amelyek a táppénzes esetek, napok és kiadások hivatalos statisztikáit tartalmazzák.
Kumulált növekedés (Cumulative increase)	Idősoros elemzési módszer, amely egy bázisévhez (pl. 1992 vagy 1995) viszonyítva mutatja az adott mutató – pl. táppénzkiadás, átlagkereset – kumulált emelkedését százalékban.
Lex loci laboris	Az Európai Unió szociális biztonsági koordinációs elve: a munkavállaló annak az országnak a szabályai szerint jogosult ellátásra, ahol biztosítottként dolgozik.
Makroszintű elemzés	A társadalombiztosítási rendszer aggregált adataira épülő vizsgálat, amely a kiadások, jogosultak és mutatók országos trendjeit elemzi.
Minimálbérhez kötött korlát	A táppénz maximális napi összegének meghatározási módja; a jogszabályok a minimálbér százalékos arányához kötik (pl. 400%-a harmincad részében).
Munkáltatói önrész	A szabályozás szerint a táppénzes időszak elején a munkáltató által fizetendő rész, amely a munkáltatói felelősséget növeli és a visszaéléseket korlátozza.
Munka Törvénykönyve (Mt.)	Az 2012. évi I. törvény, amely a munkajogi viszonyokat szabályozza, beleértve a betegszabadság intézményét és annak díjazását is.
NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő)	A magyar egészségbiztosítási rendszer központi szerve, amely az Egészségbiztosítási Alap forrásait kezeli és a táppénz kifizetését finanszírozza.
Nominális érték	Az adott év pénzértékén kifejezett összeg, amely nem veszi figyelembe az inflációt. Például a táppénzkiadások folyó áron mért értéke.
OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)	Nemzetközi gazdasági szervezet, amely statisztikákat és elemzéseket készít az egészségügyi és társadalombiztosítási rendszerekről, így a táppénzről is.

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
Passzív táppénz	Olyan ellátás, amely a biztosítási jogviszony megszűnése után is járt korábban, meghatározott ideig. 2011-ben végleg megszűnt Magyarországon.
Pénzbeli egészségbiztosítási ellátások	Az egészségbiztosítás azon juttatásai, amelyek pénzben kerülnek kifizetésre (pl. táppénz, CSED, GYÁP). Ellentétben a természetbeni ellátásokkal (pl. orvosi kezelés).
Reálérték	Az inflációval korrigált mutató, amely egy fix árszínvonalon fejezi ki a gazdasági adatok tényleges vásárlóértékét, így a táppénzkiadások valódi nagyságát is.
Sick pay	Angol kifejezés a munkáltató által fizetett betegszabadságra. A munkáltatói kötelezettség időtartama és mértéke országonként eltérő..
Sickness benefit / sickness allowance	Angol nyelvű megnevezés az állami vagy biztosítói finanszírozású keresetpótló ellátásra, amely a magyar táppénzhez hasonló funkciót tölt be.
Short-term disability benefit	Az Egyesült Államokban és Kanadában használt kifejezés a rövid távú betegségi ellátásokra; a kereset ideiglenes pótlására szolgál.
Táppénz (Sickness benefit)	A biztosított személy keresőképtelensége idejére járó pénzbeli ellátás, amely a kieső munkajövedelmet részben pótolja. Magyarországon a jövedelem 50–60%-át fedezi.
Táppénzes arányszám	Statisztikai mutató, amely a táppénzes napok számát a biztosítottak létszámához viszonyítja, jellemzően 100 főre vagy 1 000 főre számítva.
Táppénzes napok száma	Az adott évben igazolt keresőképtelenségi napok összege. Fontos indikátor, amely a betegség miatti munkából való kiesés mértékét mutatja.
Táppénzes eset	Egy biztosított személy egybefüggő, keresőképtelenség miatt táppénzzel fedezett időszaka. Az esetek száma az igénybevétel gyakoriságát jelzi.
Társadalombiztosítás (TB)	Az állami rendszer, amely a jövedelem kiesése vagy többletkiadás esetén pénzbeli és természetbeni ellátásokat nyújt, többek között táppénzt.

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
Társadalombiztosítási járulék	A biztosított által fizetett, az egészségbiztosítás és nyugdíjbiztosítás finanszírozására szolgáló kötelező befizetés, amely 18,5%-os mértékű.
Tbj. (2019. évi CXXII. törvény)	A társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról szóló törvény, amely meghatározza, kik minősülnek biztosítottnak és milyen ellátásokra jogosultak.
Természetbeni egészségbiztosítási ellátások	Az egészségügyi szolgáltatások (pl. orvosi vizsgálat, kórházi ellátás), amelyek nem pénzben, hanem szolgáltatás formájában kerülnek nyújtásra.
WHO (World Health Organization)	Az Egészségügyi Világszervezet, az ENSZ szakosított szerve, amely globális szinten foglalkozik a népegészségügyi és egészségpolitikai kérdésekkel, beleértve a betegségi ellátások és társadalombiztosítási rendszerek összehasonlítását is.

5.6. Ábra és táblázatjegyzék

5.1. ábra Táppénz alakulása nominál értéken 1995-2024 (millió Ft)	14
5.2. ábra Táppénz alakulása reálértéken 1995-2024 (milliárd Ft)	16
5.3. ábra Táppénzkiadások alakulása jogcím szerinti bontásban 1995-2020	19
5.4. ábra A táppénzkiadások aránya 1995–2024	21
5.5. ábra A táppénzkiadás, az egy napra jutó táppénzkiadás és az előző évi bruttó átlagkereset százalékos növekedése 1992-2024	23
5.6. ábra A táppénzes napok és a táppénzkiadások alakulása 1992-2024	25
5.7. ábra A táppénzes esetek száma és az egy esetre jutó táppénzes napok alakulása 1995–2020	27
5.8. ábra A táppénzre jogosultak (fő) és a táppénzes esetek alakulása 1995-2020	28

5.1. táblázat Összegzés: A főbb szabályozási trendek 1990–2025 között	13

5.7. Hivatkozások

- European Commission. (2016) Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union: Background report for the Social Protection Committee's : in-depth review on sickness benefits, Brussels, 17 October 2016 <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/fc7a58b4-2599-11e7-ab65-01aa75ed71a1/language-en>

- European Commission. (2023). *Your social security rights in the EU*.
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=849&langId=en>
- European Parliament and Council. (2004). Regulation (EC) No 883/2004 on the coordination of social security systems.
- Európai Bizottság - Az Ön szociális biztonsági jogai Svédországban, 2012
https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_hu.pdf
- Igazné Prónai Borbála [2006]: A kötelező társadalombiztosítás kialakulása, fejlődése Magyarországon. Doktori (Ph.D) értekezés. Pázmány Péter Katolikus Egyetem.
- ILO. (1952). *Convention No. 102 on Minimum Standards of Social Security*.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C102
- Lapsánszky András (2013). Közigazgatási jog III. Humán közszolgáltatások igazgatása. Megjelenés: 2013., Akadémia kiadó, ISBN: 978 963 295 625 1. Kód: YEB1453.
https://mersz.hu/dokumentum/wk52_233/
- MÁK. (2025) Táppénz, betegszabadság, gyermekápolási táppénz, keresőképtelenség témájú tájékoztató kiadványai.
- Államkincstár. (2026).
<https://www.allamkincstar.gov.hu/egeszsegbiztositas/Betegseg/tappenz-betegszabadsag>
- Államkincstár. (2026).
<https://www.allamkincstar.gov.hu/egeszsegbiztositas/Betegseg/gyermekapolasi-tappenz-gyAp->
- Államkincstár. (2026).
<https://www.allamkincstar.gov.hu/egeszsegbiztositas/Betegseg/keresokeptelenseg>
- KSH. (2026). <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/tappenz16.pdf>
- MISSOC. (2023). *Comparative Tables on Social Protection*. <https://www.missoc.org>
- NEAK. (2024). *Táppénz jogosultság és ellátás*. <https://www.neak.gov.hu>
- NEAK. (2025) Biztosítottak (pénzbeli és egészségügyi ellátásra)
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/jogosultsag_az_ellatasra/az_egeszsegbiztositas_szolgaltatasaira_jogosultak/biztositottak_penzbeli_es_egeszsegu_gyi_ellatasra

- OECD. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022*. <https://www.oecd.org/health/>
- Directorate for Employment, Labour and Social Affairs
<https://www.oecd.org/en/about/directorates/directorate-for-employment-labour-and-social-affairs.html>
- Országgyűlés Hivatala – Képviselői Információs Szolgálat: „Keresőképtelenség – Táppénz” (2019/3. számú infojegyzet)
http://www.parlament.hu/documents/10181/1789217/Infojegyzet_2019_3_keresokeptelenseg_tappenz.pdf/95e29957-8dd5-c6b6-3e2c-c77726cd6645
- WHO Europe. (2020). *Social health protection in Europe: A policy overview*.

Jogszabályok:

- 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet a keresőképtelenség orvosi elbírálásáról
- 1997. évi LXXXIII. törvény az egészségbiztosítási pénzbeli és természetbeni ellátásairól (Ebtv.)
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a táppénz, terhességi-gyermekágyi segély és gyermekgondozási díj számításáról
- 2012. évi I. törvény a Munka Törvénykönyvéről (Mt.)
- 2019. évi CXXII. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról (Tbj.)

6. Rokkantsági ellátások elemzése

Szerzők: Tóth Melanie Éva, Dózsa Csaba László

Tartalom

6.	Rokkantsági ellátások elemzése.....	1
6.1.	Bevezetés – A rokkantsági ellátások szerepe a társadalombiztosítás rendszerében – fogalmak.....	2
6.2.	Jogszabályi körkép.....	4
6.2.1.	Rokkantsági ellátás szabályozása Magyarországon.....	4
6.2.2.	A komplex minősítési rendszer működése, intézményi és eljárási háttér	6
6.2.3.	Ellátásra való jogosultság feltételei és mértéke	11
6.2.4.	A rokkantsági ellátás megállapításának eljárásrendje.....	13
6.2.5.	A rokkantsági ellátások szabályozásának főbb változásai (1990–2024)	14
6.2.6.	A 2012-es rokkantsági ellátási reform körüli szakmai és társadalmi viták.....	16
6.3.	Makroszintű elemzés, kifizetések trendjei	18
6.3.1.	A korhatár alatti rokkantsági nominális és reálértékű összevetése (1995–2024) .	18
6.3.2.	A rokkantsági kiadások szerkezete és súlya a társadalombiztosítás rendszerében	21
6.3.3.	Korábbi évek statisztikai adatainak elemzése.....	25
6.4.	Összefoglaló: 30 év időszakának főbb fázisai	30
6.5.	Kontrollkérdések.....	31
6.6.	Kulcsfogalmak és rövidítések.....	32
6.7.	Ábra és táblázatjegyzék	34
6.8.	Hivatkozások.....	34

6.1. Bevezetés – A rokkantsági ellátások szerepe a társadalombiztosítás rendszerében – fogalmak

A társadalombiztosítás egyik legfontosabb célja, hogy a tartós egészségkárosodással járó állapotok esetén is biztosítsa az egyének megélhetését. Ahogyan az előző fejezetben a táppénz kapcsán bemutattuk, a társadalombiztosítás jövedelempótló ellátásai egymásra épülnek: míg a táppénz az átmeneti keresőképtelenség kezelésére szolgál, addig a rokkantsági ellátások a tartós egészségkárosodással járó állapotok esetén biztosítanak hosszabb távú megélhetési védelmet.

A rokkantsági ellátások olyan pénzbeli támogatások, amelyek azoknak a személyeknek nyújtanak jövedelempótlást, akik egészségi állapotuk miatt tartósan nem képesek munkát végezni, és nem jogosultak öregségi nyugdíjra. Ezek az ellátások nemcsak egyéni szinten, hanem társadalmi szempontból is kiemelkedően fontosak, mivel hozzájárulnak a szociális biztonsághoz, a szegénység megelőzéséhez, valamint a társadalmi szolidaritás érvényesítéséhez.

Elemzésünkben az Egészségbiztosítási Alap fejezeti kiadásaihoz tartozó, a nyugdíjkorhatár alatti kiadásokat vizsgáljuk meg. A rokkantsági ellátások rendszere a korábbi rokkantsági nyugdíjat váltotta fel 2012-től, a komplex minősítési rendszer bevezetésével. A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény (továbbiakban Mmvt.) célja egy azonos elveken nyugvó, egységes ellátórendszert kiépítése volt, mely szakítva a korábbi szemlélettel, az egyének egészségi állapota alapján határozza meg – többek között - az ellátások jogosultsági feltételeit. A cél egy hatékonyabb, a munkaképesség visszaállítását is támogató, rehabilitációt előtérbe helyező ellátási struktúra kialakítása volt (BM – A megváltozott munkaképességű személyek ellátásai, 2024)

A rokkantsági ellátások kiemelt szerepet töltenek be a társadalombiztosítás rendszerében:

- biztosítják a létfenntartást a munkaképtelenné vált személyek számára,
- csökkentik az időskori elszegényedés kockázatát, ha az érintett nem jogosult öregségi nyugdíjra,
- a rehabilitációs ellátás ösztönzi a munkába való visszatérést és az aktív társadalmi részvételt,

- tehermentesítik a szociális ellátórendszert és hozzájárulnak az egészségügyi és foglalkoztatáspolitikai célok eléréséhez.

Az ellátások működtetése ugyanakkor pénzügyi és szakpolitikai kihívásokat is jelent, különösen az egészségi állapot objektív felmérése, a rendszer fenntarthatósága és a rehabilitáció valódi hatékonysága szempontjából.

Fogalmak

A rokkantsági ellátások rendszerének megértéséhez elengedhetetlen néhány alapvető fogalom tisztázása, amelyek a későbbi fejezetek részletes szabályozási és működési kérdéseinek alapját adják.

Rokkantsági ellátás alatt azt a pénzbeli ellátást értjük, amely a 18. életévüket betöltött, tartós egészségkárosodással élő személyek számára biztosít jövedelempótlást abban az esetben, ha egészségi állapotuk miatt keresőtevékenység végzésére részben vagy egyáltalán nem képesek, és nem jogosultak öregségi nyugdíjra. A rokkantsági ellátás a korábbi rokkantsági nyugdíjat felváltó ellátási forma, amely már nem nyugdíjszerű jogosultságként, hanem aktív korúak számára biztosított pénzbeli támogatásként működik. Jogszabályi alapját a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény (2–5. §, 10–17. §) adja.

A rokkantsági ellátások a **megváltozott munkaképességű személyek** számára nyújtanak jövedelempótlást, vagyis azok számára, akiknek az egészségi állapota orvos-szakmai vizsgálat alapján a 60%-os szintet nem éri el, és állapotuk várhatóan tartós jellegű. A megváltozott munkaképesség fogalma nem pusztán egészségügyi kategória: a munkavégzésre való képesség csökkenését a foglalkoztathatóság szempontjából értelmezi, összekapcsolva az egészségi állapotot a munkaerőpiaci részvétel lehetőségeivel (2011. évi CXCI. törvény 2. §).

A jogosultság és az ellátási forma megállapításának központi eleme a **komplex minősítés**, amely egy több szempontot egyesítő szakértői eljárás. A komplex minősítés során nemcsak az érintett egészségi állapotát vizsgálják, hanem foglalkoztatási és szociális tényezőket is figyelembe vesznek. A minősítés célja annak megítélése, hogy az érintett személy rehabilitálható-e, illetve milyen mértékben képes munkavégzésre. A minősítési eljárás jogi kereteit az Mmtv., valamint

annak végrehajtási rendeletei határozzák meg (2011. évi CXCI. törvény, 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet, 327/2011. (XII.29.) Korm. rendelet)

A komplex minősítés eredménye alapján két fő **ellátási típus** különíthető el. **Rehabilitációs ellátásban** azok a személyek részesülhetnek, akik egészségi állapota alapján várhatóan visszavezethetők a munka világába. Ezen ellátási forma célja a munkába való visszatérés elősegítése, az aktív munkaerőpiaci részvétel támogatása (2011. évi CXCI. törvény 6–10. §). Ezzel szemben **rokkantsági ellátás** jár azoknak, akik esetében a rehabilitáció nem tekinthető reálisan megvalósíthatónak, mivel állapotuk súlyos és tartós munkaképtelenséggel jár (2011. évi CXCI. törvény 11–13. §).

Az ellátásokhoz való hozzáféréshez kapcsolódó **jogosultsági feltételek** – mint az életkor, az egészségi állapot mértéke, a biztosítási idő megléte vagy a keresőtevékenység korlátozottsága – a rendszer fontos elemei, azonban ezek részletes szabályai külön fejezetben kerülnek bemutatásra. Az alapfogalmak szintjén mindössze annyi emelhető ki, hogy a rokkantsági ellátások nem általános szociális juttatások, hanem biztosítási elven működő, feltételekhez kötött pénzbeli ellátások (2011. évi CXCI. törvény, 2019. évi CXXII. törvény).

Az **ellátás mértéke** szintén több tényezőtől függ: meghatározásában szerepet játszik a korábbi jövedelem, az egészségi állapot mértéke, valamint a biztosításban töltött idő hossza. Az ellátások összege nem változatlan, hanem évente – jogszabályban meghatározott módon – **valorizálásra**, azaz indexálásra kerül (2011. évi CXCI. törvény 53. §, éves költségvetési törvények).

6.2. Jogszabályi körkép

6.2.1. Rokkantsági ellátás szabályozása Magyarországon

A rokkantsági ellátások jelenlegi rendszere egy átfogó, több jogszabályra épülő szabályozási környezetben működik, amelynek központi eleme a megváltozott munkaképességű személyek ellátásait szabályozó törvényi reform. A jogalkotói cél a korábbi rokkantsági nyugdíjrendszer átalakítása volt, a passzív jövedelem pótlás helyett egy aktívabb, rehabilitáció-orientált szemlélet bevezetésével.

1. A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény

A rokkantsági és rehabilitációs ellátások alapvető jogi keretét a **2011. évi CXCI. törvény** (Mmtv.) határozza meg, amely 2012. január 1-jével lépett hatályba. A törvény megszüntette a korábbi **rokkantsági nyugdíj** intézményét, és helyébe két új pénzbeli ellátási formát vezetett be: a **rehabilitációs ellátást** és a **rokkantsági ellátást**.

A törvény egyik legfontosabb újítása a **komplex minősítési rendszer** bevezetése, amely az ellátásra való jogosultságot nem kizárólag orvosi szempontok alapján vizsgálja. A jogosultság megállapításakor az egészségi állapot mértéke mellett foglalkoztathatósági és szociális tényezők is értékelésre kerülnek. Ennek megfelelően az Mmtv. szakított azzal a korábbi gyakorlattal, amely a munkaképesség-csökkenést elsősorban orvosi diagnózisok alapján ítélte meg.

A törvény részletesen szabályozza:

- az ellátási formák típusait és célját,
- a jogosultsági feltételeket (életkor, egészségi állapot, biztosítási idő),
- az ellátások megállapításának és megszüntetésének eseteit,
- a keresőtevékenységre vonatkozó korlátozásokat,
- valamint a felülvizsgálati kötelezettségeket.

Az Mmtv. egyértelműen rögzíti, hogy a rehabilitációs ellátás **átmeneti jellegű**, míg a rokkantsági ellátás azok számára jár, akik esetében a rehabilitáció várhatóan nem vezet eredményre. E megkülönböztetés a társadalombiztosítás más pénzbeli ellátásaival való kapcsolatban is megjelenik: a törvény 7. § (3) bekezdése kimondja, hogy a rehabilitációs ellátásban részesülő személy keresőtevékenysége során bekövetkező keresőképtelensége esetén – az Ebtv. szabályai szerint – táppénzre vagy baleseti táppénzre jogosult. Ez a rendelkezés világosan jelzi, hogy a rehabilitációs ellátás nem zárja ki a biztosítási jogviszonyhoz kötődő, átmeneti jövedelempótló ellátások igénybevételét.

2. A társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény

Bár a rokkantsági ellátás 2012 óta nem nyugdíjszerű ellátás, a szabályozás több ponton kapcsolódik az **1997. évi LXXXI. törvényhez**. Ez elsősorban abból fakad, hogy a jogosultság

megállapításához továbbra is szükséges bizonyos mértékű **biztosítási idő** megléte, amelynek fogalmi kereteit és számítási szabályait a nyugdíjtörvény határozza meg.

3. Végrehajtási rendeletek és a minősítési rendszer részletszabályai

A törvényi keretek gyakorlati alkalmazását több végrehajtási rendelet pontosítja. Ezek közül kiemelt jelentőségű a **komplex minősítési eljárás részletszabályait** meghatározó rendeleti háttér.

A korábbi szabályozást hosszú időn keresztül a **7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet** határozta meg, amely az egészségi állapot százalékos értékelésének és a rehabilitálhatóság megítélésének szakmai szempontjait rögzítette. Ugyanakkor a gyakorlat során számos panasz és szakmai visszajelzés érkezett a rendszer működésével kapcsolatban, amelyek a minősítési eljárás következetességét és az értékelés objektivitását érintő nehézségekre hívták fel a figyelmet. E kritikák egy részét például az alapvető jogok biztosának vizsgálata is dokumentálta, rámutatva a rendszerszintű problémákra az ellátások átalakítását követően (Az alapvető jogok biztosának Jelentése 2012.)

E kritikákra reagálva került bevezetésre a **megváltozott munkaképességű személyek ellátásaihoz kapcsolódó eljárási szabályokról szóló 327/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet**, amely a megváltozott munkaképességű személyek komplex minősítésének részletes szabályait egységesítette és pontosította. Az új szabályozás célja az egészségi állapot értékelésének átláthatóbbá tétele, a rehabilitálhatóság megítélésének következetesebb alkalmazása, valamint a felülvizsgálatok során tapasztalt jogalkalmazási eltérések csökkentése volt.

Összességében elmondható, hogy a rokkantsági ellátások jogszabályi rendszere egy **összetett és többretegű szabályozás**, amely nemcsak pénzbeli támogatást biztosít, hanem munkaerőpiaci és társadalompolitikai célokat is szolgál. A 2011-es reform jelentős szakpolitikai váltást hozott: a hangsúly a tartós ellátás helyett a munkaképesség javítására és a munka világába való visszatérés elősegítésére került.

6.2.2. A komplex minősítési rendszer működése, intézményi és eljárási háttér

A rokkantsági és rehabilitációs ellátásokra való jogosultság megállapításának központi eleme a **komplex minősítési rendszer**, amely a megváltozott munkaképesség megítélését egységes, többdimenziós szempontrendszer alapján végzi. A rendszer célja, hogy a munkaképesség-csökkenést ne kizárólag egészségügyi kérdésként kezelje, hanem annak foglalkoztatási és szociális

összefüggéseit is figyelembe vegye (2011. évi CXCI. törvény; 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet; 327/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet; Belügyminisztérium, 2024).

A komplex minősítés szemlélete és gyakorlati megvalósítása

A megváltozott munkaképességű személyek rokkantsági vagy rehabilitációs pénzbeli ellátásban részesülnek 2012 óta, a köznyelvben gyakran „leszázalékolásként” emlegetett eljárás eredményeként. A kifejezés szakmailag az **egészségi állapot százalékos meghatározását** jelenti, amely a szervezet funkcióképességének csökkenését fejezi ki. Egészséges személy esetében ez az érték 100%, míg a megváltozott munkaképességű személyek esetében az egészségi állapot legfeljebb 60%, vagyis a teljes egészségkárosodás mértéke legalább 40%.

Az egészségi állapot csökkenését okozhatja krónikus betegség, baleset vagy fogyatékossággal járó állapot, amely lehet tartós vagy átmeneti jellegű. A százalékos értékelés nem pusztán orvosi állapotot tükröz, hanem azt fejezi ki, hogy az egészségkárosodás milyen mértékben csökkenti a munkavégzésre való képességet.

A megváltozott munkaképesség megítélése során alapvető különbséget tesznek **rehabilitálható** és **nem rehabilitálható** (tartós állapotú) személyek között. Ez a megkülönböztetés meghatározó jelentőségű az ellátás típusának megállapításában, és a komplex minősítési rendszer egyik kulcseleme.

Az ellátások megítéléséről minden esetben **komplex szakértői bizottság** dönt, amely több szakterület képviselőiből áll. A bizottság tagjai:

- az orvosszakértő elnök,
- a vizsgálatot végző orvosszakértő,
- a foglalkoztatási rehabilitációs szakértő,
- valamint a szociális szakértő.

A komplex minősítés célja az egészségi állapot megállapítása mellett a rehabilitálhatóság vizsgálata, annak időtartamának és irányának meghatározása, valamint a rehabilitációs szükségletek feltárása. A bizottság a foglalkozási (munkaképességre vonatkozó) és a szociális (például önellátási képességhez kapcsolódó) rehabilitálhatóságról egyaránt dönt.

Amennyiben az egészségkárosodás nem tekinthető véglegesnek, a minősítési eljárás **időszakos felülvizsgálattal** egészül ki, amelynek célja annak megállapítása, hogy az érintett személy egészségi állapota vagy rehabilitálhatósága időközben változott-e.

A komplex minősítés tartalma és szempontrendszere

A komplex minősítési eljárás során az érintett személy állapotát **orvosi, szociális és foglalkoztatási szempontok együttes mérlegelésével** értékeli. Az orvosi vizsgálat az egészségi állapotot, a funkcióképesség csökkenésének mértékét és tartósságát vizsgálja. A foglalkoztatási szempontok a munkavégzési képességet, a munkaerőpiaci esélyeket és az alkalmazkodóképességet értékelik, míg a szociális tényezők az életkörülményeket, a társadalmi beilleszkedés lehetőségeit és az önálló életvitel feltételeit veszik figyelembe (Belügyminisztérium, 2024).

Az egészségi állapot megítélése **százalékos formában** történik, amely a szervezet funkcióképességének csökkenését fejezi ki. Ez az értékelés azonban nem önmagában határozza meg az ellátás típusát, hanem a rehabilitálhatóság megítélésével együtt kerül értelmezésre. Ennek megfelelően azonos egészségi állapot mellett eltérő ellátási döntés is születhet, amennyiben a szakértői vizsgálat a munkába való visszavezethetőséget eltérően ítéli meg (Belügyminisztérium, 2024).

Minősítési kategóriák (B1-E) és a rehabilitálhatóság szerepe

A komplex minősítés eredményeként az érintett személyt az egészségi állapot mértéke és a rehabilitálhatóság alapján meghatározott minősítési kategóriák egyikébe sorolják. A kategóriák nem csupán az egészségi állapot százalékos értékét fejezik ki, hanem azt is, hogy a személy foglalkoztathatósága milyen mértékben és milyen feltételekkel állítható helyre (2011. évi CXCI. törvény; 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet; Belügyminisztérium, 2024).

- ***B1 minősítési kategória***

Azok a személyek tartoznak ide, akiknek az egészségi állapota 51–60% közötti, és foglalkoztathatóságuk rehabilitációs beavatkozásokkal helyreállítható. Esetükben a foglalkozási rehabilitáció reális lehetőségnek tekinthető.

- ***B2 minősítési kategória***

Az egészségi állapot szintén 51–60% közötti, és az egészségi állapot alapján a személy rehabilitálható lenne, azonban a külön jogszabályban meghatározott egyéb körülmények – például szociális vagy foglalkoztatási akadályok – miatt ténylegesen nem foglalkoztatható. Ennek megfelelően a foglalkozási rehabilitáció nem javasolt.

- ***C1 minősítési kategória***

Az egészségi állapot 31–50% közötti, és az érintett személy tartós foglalkozási rehabilitációt igényel. A munkaképesség helyreállítása vagy javítása hosszabb időt és összetettebb beavatkozásokat feltételez.

- ***C2 minősítési kategória***

Az egészségi állapot ebben az esetben is 31–50% közötti, azonban a külön jogszabályban meghatározott egyéb körülmények miatt az érintett személy nem foglalkoztatható. Ennek következtében a foglalkozási rehabilitáció nem javasolt, annak ellenére, hogy egészségi állapota önmagában nem zárna ki azt.

- ***D minősítési kategória***

Az egészségi állapot 1–30% közötti. Az ebbe a kategóriába sorolt személyek csak folyamatos támogatás mellett tekinthetők foglalkoztathatónak, és megváltozott munkaképességű munkavállalónak minősülnek.

- ***E minősítési kategória***

Ide azok a személyek tartoznak, akiknek egészségkárosodása jelentős, egészségi állapotuk 1–30% közötti, és betegségük vagy súlyos fogyatékoságuk miatt önellátásra részben vagy egyáltalán nem képesek. E kategória elsősorban a leg súlyosabb állapotú érintetteket foglalja magában.

A **rehabilitálhatóság meghatározása** a rendszer egyik kulcseleme. A minősítés során azt vizsgálják, hogy az érintett személy esetében reálisan várható-e a munkaképesség részleges vagy teljes helyreállítása, illetve a munkaerőpiacra történő visszatérés. A rehabilitálhatóság megállapítása nem csupán egészségügyi kérdés, hanem a foglalkoztatási és szociális tényezők összegzett értékelésén alapul.

Intézményi háttér és szereplők

A komplex minősítési eljárást a **Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal** (NRSZH) szakértői rendszere végzi, amely korábban **Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (ORSZI)** néven működött. Az NRSZH felelős a szakértői vizsgálatok lebonyolításáért, a minősítési döntések szakmai megalapozásáért, valamint a felülvizsgálatok elvégzéséért (Belügyminisztérium, 2024).

Az eljárás lefolytatásában és az ellátások folyósításában több intézmény is szerepet kap. A **kormányhivatalok** látják el az ellátások megállapításával kapcsolatos hatósági feladatokat, míg a **Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK)** az ellátások pénzügyi lebonyolításában és finanszírozásában tölt be szerepet. Az intézményi feladatmegosztás biztosítja, hogy a szakértői, hatósági és finanszírozási funkciók elkülönüljenek egymástól.

Jogorvoslat és felülvizsgálat rendje

A komplex minősítés eredménye nem tekinthető végleges döntésnek. A jogszabály lehetőséget biztosít **jogorvoslatra**, valamint meghatározott esetekben **időszakos felülvizsgálatra** annak érdekében, hogy az ellátás megfeleljen az érintett személy aktuális egészségi állapotának és foglalkoztathatóságának. A felülvizsgálatok célja annak megállapítása, hogy történt-e olyan változás, amely az ellátás fenntartását, módosítását vagy megszüntetését indokolja (2011. évi CXCI. törvény).

Összességében a komplex minősítési rendszer és az ahhoz kapcsolódó intézményi háttér biztosítja, hogy a rokkantsági ellátások célzottan, a munkaképesség és a rehabilitáció lehetőségeinek figyelembevételével működjenek, miközben lehetőséget adnak a döntések felülvizsgálatára és korrekciójára is (Belügyminisztérium, 2024).

A már ellátásban részesülők kötelező felülvizsgálata

A 2012. január 1-jével hatályba lépett új rendszer nem csupán az új igénylők komplex minősítését vezette be, hanem a már rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rendszeres szociális járadékban részesülők általános felülvizsgálatát is előírta.

A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény (Mmtv.) átmeneti rendelkezései alapján a korábbi ellátásban részesülő személyek jogosultságát komplex

minősítés keretében felül kellett vizsgálni. A felülvizsgálat célja annak megállapítása volt, hogy az érintett az új rendszer szerinti rehabilitációs ellátásra, rokkantsági ellátásra jogosult-e, illetve fennállnak-e a további jogosultsági feltételek.

Az eljárás során az egészségi állapot mértékének megállapítása mellett vizsgálni kellett a rehabilitálhatóságot, a foglalkoztathatóságot, valamint az egyéb szociális és munkaerőpiaci körülményeket is. A komplex minősítés eredményeként az érintettek új ellátási kategóriába kerültek, vagy – meghatározott esetekben – ellátásuk megszűnt.

A felülvizsgálati eljárás részletes szabályait a 327/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet tartalmazza, amely a komplex minősítés szempontjait és az eljárás rendjét egységesen határozza meg.

6.2.3. Ellátásra való jogosultság feltételei és mértéke

A rokkantsági és rehabilitációs ellátások nem alanyi jogon járó szociális juttatások, hanem **biztosítási elven működő, feltételekhez kötött pénzbeli ellátások**. Jogosultságuk megállapítása szoros összefüggésben áll a komplex minősítési rendszer eredményével, valamint az érintett személy biztosítási és foglalkoztatási előtörténetével.

Az ellátásra való jogosultság általános feltételei

Ellátásra az a személy válhat jogosulttá, aki:

- betöltötte a 18. életévét,
- egészségi állapota a komplex minősítés alapján **60% vagy annál alacsonyabb**,
- nem részesül öregségi nyugdíjban,
- valamint rendelkezik a jogszabályban meghatározott **biztosítási idővel**.

A biztosítási idő elvárt hossza az életkorral arányosan növekszik, vagyis fiatalabb életkorban rövidebb, idősebb korban hosszabb biztosítási előélet szükséges. E szabályozás célja, hogy az ellátások elsősorban azok számára legyenek hozzáférhetők, akik korábban ténylegesen részt vettek a társadalombiztosítási rendszerben (2011. évi CXCI. törvény 2–5. §; Belügyminisztérium, 2024).

A jogosultság megállapításának további alapfeltétele, hogy az érintett személy keresőtevékenysége egészségi állapota miatt **korlátozott vagy megszűnt**. A keresőtevékenységre vonatkozó részletes

szabályok és jövedelmi korlátok külön jogszabályban kerülnek meghatározásra, és az ellátás fennállása alatt is relevánsak.

A jogosultság és az ellátási típus kapcsolata

A jogosultság megállapítása nem csupán arra ad választ, hogy az érintett személy részesülhet-e ellátásban, hanem arra is, hogy **rehabilitációs ellátás** vagy **rokkantsági ellátás** kerül-e megállapításra. E döntés alapja a komplex minősítés során megállapított rehabilitálhatóság.

Rehabilitációs ellátás akkor állapítható meg, ha az érintett személy esetében a munkaképesség helyreállítása vagy javítása reálisan várható, míg rokkantsági ellátás jár azok számára, akik esetében a rehabilitáció nem tekinthető eredményesnek. A két ellátási forma közötti különbségtétel a rendszer egyik legfontosabb szakpolitikai eleme, mivel az aktív korú ellátottak munkaerőpiaci visszavezetését kívánja ösztönözni (2011. évi CXCI. törvény; Belügyminisztérium, 2024).

Az ellátás mértékének meghatározása

Az ellátás összege több tényező együttes figyelembevételével kerül meghatározásra. Az ellátás mértéke függ:

- az érintett személy korábbi jövedelmétől,
- a biztosítási idő hosszától,
- valamint a komplex minősítés során megállapított egészségi állapot mértékétől és minősítési kategóriájától.

Az ellátás összege nem fix összeg, hanem jogszabályban meghatározott számítási szabályok szerint kerül megállapításra. A rendszer ezzel törekszik arra, hogy az ellátás mértéke arányban álljon a korábbi munkajövedelemmel és a munkaképesség-csökkenés súlyosságával (2011. évi CXCI. törvény 2. §, 14. §, 51. §; 327/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet 6. §, 6. §).

Valorizáció és az ellátás változása az időben

A rokkantsági és rehabilitációs ellátások összege **évente valorizálásra**, azaz indexálásra kerül, amelynek célja az ellátások reálértékének megőrzése. A valorizáció mértékét az adott év költségvetési törvénye határozza meg. (2011. évi CXCI. törvény 53. §)

Az ellátás összege az idő múlásával nemcsak valorizáció miatt változhat, hanem felülvizsgálat eredményeként is, amennyiben az érintett személy egészségi állapota vagy rehabilitálhatósága módosul. Ez a szabályozás biztosítja, hogy az ellátások igazodjanak az érintettek aktuális helyzetéhez (2011. évi CXCI. törvény 23. §, 25. §; Belügyminisztérium, 2024).

6.2.4. A rokkantsági ellátás megállapításának eljárásrendje

A rokkantsági vagy rehabilitációs ellátás megállapítása **hatósági eljárás keretében**, meghatározott lépések mentén történik. Az eljárás célja annak megállapítása, hogy az érintett személy egészségi állapota és rehabilitálhatósága alapján jogosult-e ellátásra, és ha igen, milyen típusúra és mértékben.

Az eljárás első lépéseként a kérelmező **háziorvosi beutalót** kér a munkaképesség-változás vagy keresőképesség vizsgálata céljából. Ezt követően a releváns szakrendeléseken a fennálló panaszokat kivizsgálják, és az egészségi állapotra vonatkozó **orvosi dokumentációt** – például zárójelentéseket, szakorvosi véleményeket és egyéb leleteket – össze kell gyűjteni.

A kérelmet ezt követően a **rehabilitációs szakigazgatási szervnél** kell benyújtani. A kérelmezés a megyei kormányhivatalok megyeszékhely szerinti járási hivatalainál történik, Budapesten pedig a Budapest Főváros Kormányhivatala illetékes. Az ügyintézés elektronikus úton is lehetséges az **epapir.gov.hu** felületen.

A vizsgálat időpontjáról a kérelmező postai úton kap értesítést. A vizsgálat helyszíne jellemzően a rehabilitációs szakigazgatási szerv, azonban indokolt esetben – például súlyos mozgáskorlátozottság esetén – a vizsgálat a kérelmező lakóhelyén is lefolytatható.

A vizsgálati folyamat során az orvosszakértő a rendelkezésre álló orvosi leletek, a TAJ-szám alapján elérhető egészségügyi nyilvántartások, valamint a személyes vizsgálat eredményei alapján dolgozik. A jogszabályban rögzített szakmai táblázatok alkalmazásával szervrendszerenként meghatározza a betegségekhez kapcsolódó rész-károsodási értékeket, majd ezek összesítésével megállapítja az **össz-szervezeti egészségkárosodást**, illetve az **egészségi állapot százalékos mértékét**.

A komplex minősítés végső eredményét nem kizárólag az egészségi állapot határozza meg: a döntés során **foglalkoztatási és szociális rehabilitációs szempontok** is érvényesülnek. Ezek

együttes mérlegelése alapján kerül sor az ellátás típusának (rehabilitációs vagy rokkantsági ellátás), valamint annak összegének megállapítására.

Amennyiben az egészségkárosodás nem végleges, az eljárás időszakos **felülvizsgálattal** egészül ki, amelynek célja annak megállapítása, hogy az érintett személy állapotában vagy rehabilitálhatóságában történt-e olyan változás, amely az ellátás módosítását indokolja.

6.2.5. A rokkantsági ellátások szabályozásának főbb változásai (1990–2024)

A rokkantsági ellátások szabályozása Magyarországon az elmúlt három évtizedben többször is alapvetően átalakult. A változások mögött demográfiai, munkaerőpiaci és költségvetési tényezők egyaránt meghúzódtak, miközben a rokkantsághoz való szakpolitikai viszony is jelentősen módosult. A szabályozás fejlődése három jól elkülöníthető szakaszra bontható: a rokkantsági nyugdíj dominanciájával jellemezhető időszakra (1990–2011), a 2012-es reformra, valamint az azt követő finomhangolások időszakára.

A rokkantsági nyugdíj rendszere (1990–2011)

A rendszerváltást követő időszakban a rokkantsághoz kapcsolódó ellátások központi eleme a **rokkantsági nyugdíj** volt, amely a nyugdíjrendszer részeként, biztosítási elven működött. A jogosultság megállapítása elsősorban orvosszakértői minősítésen alapult, a munkaképesség-csökkenést százalékos formában, illetve rokkantsági csoportok (I–III.) szerint határozták meg (1997. évi LXXXI. törvény).

Ebben az időszakban a rokkantsági nyugdíj nem csupán egészségügyi, hanem munkaerőpiaci funkciót is betöltött: a rendszerváltást követő gazdasági átalakulás során sok esetben a tartós munkanélküliség alternatív kezelési formájaként jelent meg. A statisztikai adatok és korabeli elemzések alapján a jogosultak száma folyamatosan emelkedett, miközben a rendszer csak korlátozott mértékben ösztönözte a munkába való visszatérést (Nyugdíj és Időskor Kerekasztal, 2009).

A 2000-es évek második felére egyre hangsúlyosabban jelentek meg azok a szakmai és politikai kritikák, amelyek a rokkantsági nyugdíjrendszer fenntarthatóságát, célzottságát és aktivizáló hatását kérdőjelezték meg. A rendszerrel szembeni egyik fő kifogás az volt, hogy a rokkantsági státusz sok esetben végleges inaktivitást eredményezett, miközben a jogosultak egy része elvileg részben munkaképes maradt (Komiljovics, 2011) (Cseres-Gergely, 2007)

Átmenet és előkészítés (2007–2011)

A 2007–2011 közötti időszak az átalakítás előkészítésének tekinthető. A szakpolitikai diskurzusban egyre erősebben jelent meg az „aktivizálás” és a „rehabilitáció” fogalma, valamint az a törekvés, hogy a rokkantsági ellátások elváljanak a klasszikus nyugdíjtól. Ezt a szemléletváltást tükrözték a Széll Kálmán Terv vonatkozó részei is, amelyek a korhatár alatti ellátások átalakítását költségvetési és munkaerőpiaci szempontból egyaránt indokoltnak tekintették (Széll Kálmán Terv, 2011).

Ebben az időszakban már megjelentek a felülvizsgálatok, a belépési feltételek szigorítása, valamint a költségvetési elszámolás átrendeződése. A rokkantsági nyugdíj kivezetése ugyanakkor még nem történt meg, ami statisztikai anomáliákhoz vezetett a 2009–2011 közötti időszakban.

A 2012-es strukturális reform

A rokkantsági ellátórendszer átalakításának fordulópontját a **2011. évi CXCI. törvény** elfogadása és a **2012. január 1-jén hatályba lépő új rendszer** jelentette. A reform keretében megszűnt a rokkantsági nyugdíj, mint ellátási forma, és helyét az aktív korúak számára biztosított **rehabilitációs ellátás** és **rokkantsági ellátás** vette át.

Az új szabályozás alapvető szemléleti váltást hozott: a rokkantságot nem végleges állapotként, hanem – amennyiben lehetséges – rehabilitálható helyzetként kezelte. Ennek megfelelően került bevezetésre a **komplex minősítési rendszer**, amely az egészségi állapot mellett foglalkoztatási és szociális szempontokat is figyelembe vett. A reform célja a tartós inaktivitás csökkentése és a munkaerőpiaci reintegráció erősítése volt (Széll Kálmán Terv, 2011).

Finomhangolás és stabilizáció (2013–2024)

A reformot követő években a szabályozás több ponton módosult és pontosodott. A minősítési szempontrendszer egységesítését és az eltérő jogalkalmazási gyakorlatok csökkentését szolgálta a későbbi rendeleti szabályozás, különösen a **327/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet**. A hangsúly egyre inkább a rendszer működtethetőségére, az eljárások kiszámíthatóságára és a felülvizsgálati gyakorlat egységesítésére helyeződött.

A rokkantsági ellátások szabályozása alapvetően stabilizálódott, és a 2012-ben bevezetett struktúra változatlan formában működik tovább.

A rokkantsági ellátások szabályozásának 1990 és 2024 közötti története jól tükrözi a társadalombiztosítási rendszer változó szerepfelfogását. A rokkantsági nyugdíj passzív ellátási logikáját fokozatosan felváltotta egy rehabilitáció-orientált, aktív korú ellátási modell. Bár a 2012-es reform jelentős szerkezeti változást hozott, a körülötte kialakult viták rávilágítanak arra, hogy az ellátórendszer hatékonysága nem kizárólag jogszabályi kérdés, hanem szorosan összefügg a munkaerőpiac, a szociális szolgáltatások és az intézményi kapacitások működésével is.

6.2.6. A 2012-es rokkantsági ellátási reform körüli szakmai és társadalmi viták

A megváltozott munkaképességű személyek ellátórendszerének 2012. évi átalakítása jelentős szakmai és társadalmi vitákat váltott ki már a bevezetést megelőzően, illetve az azt követő években is. A reform központi eleme a korábbi rokkantsági nyugdíjrendszer megszüntetése, valamint a rehabilitációs és rokkantsági ellátások elkülönítése volt, amelyet a jogalkotó a munkaképesség megőrzésének és helyreállításának ösztönzésével, valamint a rendszer pénzügyi fenntarthatóságának javításával indokolt (Széll Kálmán Terv, 2011. évi CXCI. törvény).

A reform célrendszere és támogató érvek

A jogszabályi indoklások és a kormányzati szakpolitikai dokumentumok szerint az új rendszer egyik fő célja a tartós inaktivitás csökkentése, valamint a megváltozott munkaképességű személyek munkaerőpiaci reintegrációjának elősegítése volt. A rehabilitálhatóság hangsúlyosabb megjelenése azt a szemléletváltást tükrözte, amely szerint a munkaképesség csökkenése nem feltétlenül jelent végleges munkaerőpiaci kizáródást, hanem megfelelő támogatással és szolgáltatásokkal részben vagy egészben helyreállítható (Széll Kálmán Terv, 2011. évi CXCI. törvény).

A reform támogatói szerint a korábbi rokkantsági nyugdíjrendszer túlságosan passzív ellátási logikát követett, és nem ösztönözte kellő mértékben az érintettek aktív részvételét a foglalkoztatásban. A változtatások így egyszerre szolgálták az aktivizálási és a költségvetési racionalizálási célokat (Széll Kálmán Terv, 2011).

Kritikus pontok: jogbiztonság és végrehajtási problémák

A reformmal szemben már a bevezetést követően megfogalmazódtak jogbiztonsági és végrehajtási kritikák. Különösen vitatott volt a korábban rokkantsági nyugdíjban részesülők kötelező felülvizsgálata, amely sok esetben az ellátás összegének csökkenésével vagy az ellátási forma megváltozásával járt. Az alapvető jogok biztosa több jelentésében is felhívta a figyelmet arra, hogy az eljárások elhúzódása, az orvosszakértői kapacitások korlátozottsága, valamint az egységes jogalkalmazás hiánya sértheti a jogbiztonság és a kiszámíthatóság elvét (Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, 2012; 2013).

A szakmai vitákban visszatérő elem volt az is, hogy a komplex minősítési rendszer alkalmazása során az egészségi állapot százalékos meghatározása és a rehabilitálhatóság megítélése nem minden esetben bizonyult következetesnek. Több elemzés és szakértői megszólalás szerint a rendszer ambiciózus céljaihoz képest a rehabilitációt támogató munkaerőpiaci és szociális szolgáltatások fejlesztése nem minden térségben tartott lépést a szabályozási változásokkal (Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, 2013).

Érintetti és társadalmi reakciók

A reform társadalmi megítélését jelentősen befolyásolták az érintettek tapasztalatai és az érdekvédelmi szervezetek visszajelzései. Több civil és szakmai szereplő hangsúlyozta, hogy a megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatási esélyeit nem kizárólag az egészségi állapot határozza meg, hanem olyan strukturális tényezők is, mint a helyi munkaerőpiac állapota, a munkáltatói attitűdök, illetve a támogató szolgáltatások elérhetősége (Jakab, 2024).

A korabeli sajtóban megjelenő szakértői interjúk és elemzések szintén rámutattak arra, hogy a reform egyszerre hordozott aktivizálási és költségvetési célokat, amelyek között feszültség alakult ki. Több megszólaló szerint a pénzbeli ellátások szigorítása önmagában nem volt elegendő a foglalkoztatás érdemi bővítéséhez, ha az nem társult a munkaerőpiac befogadóképességének javításával és célzott rehabilitációs programokkal (pl. HVG, 2012).

Összességében a 2012-es rokkantsági ellátási reform nem értékelhető egyértelműen sikeres vagy sikertelen szakpolitikai beavatkozásként. A viták inkább arra mutatnak rá, hogy egy komplex

társadalombiztosítási rendszer átalakítása szükségszerűen többdimenziós következményekkel jár. A reform hozzájárult a rehabilitációs szemlélet erősödéséhez, ugyanakkor felszínre hozta a jogbiztonság, az intézményi kapacitások és a társadalmi befogadás tartós problémáit is, amelyek a későbbi szabályozási finomítások számára fontos tanulságokkal szolgáltak.

6.3. Makroszintű elemzés, kifizetések trendjei

Ez a fejezet a rokkantsági ellátások alakulását makroszinten vizsgálja, különös tekintettel a kiadások időbeli trendjeire, szerkezetére és társadalombiztosításon belüli súlyára. Az elemzés célja annak bemutatása, hogy a rokkantsági ellátások pénzügyi és intézményi jelentősége hogyan változott az elmúlt három évtizedben, és ezek a változások miként kapcsolódnak a szabályozási reformokhoz, valamint az ellátórendszer átalakulásához.

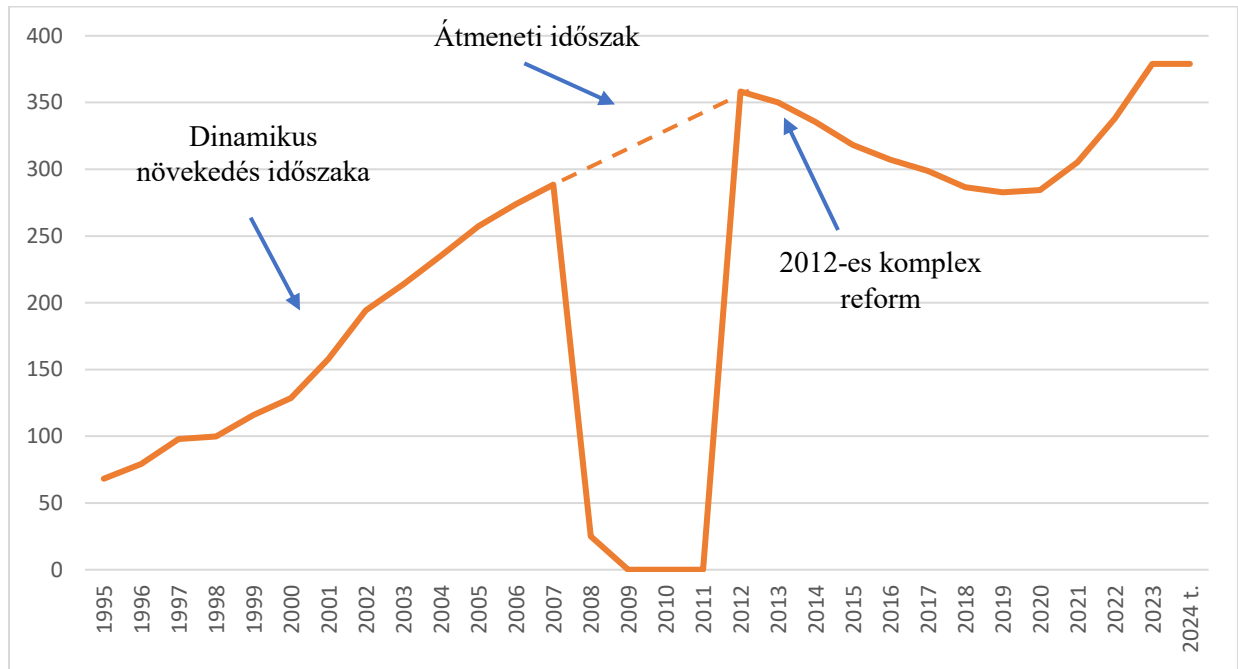
6.3.1. A korhatár alatti rokkantsági nominális és reálértékű összevetése (1995–2024)

A rokkantsági ellátások hosszú távú alakulásának vizsgálata során indokolt megkülönböztetni a folyó áron (nominálisan) és az inflációval korrigáltan (reálértéken) számított kiadásokat. A nominális adatok azt mutatják meg, hogy az adott évben mekkora összegű kifizetés történt rokkantsági ellátások jogcímén, míg a reálértékű adatok lehetővé teszik annak értékelését, hogy ezek a kifizetések milyen tényleges gazdasági terhet jelentettek egy rögzített árszinthez (1995-höz) viszonyítva.

Rokkantsági ellátások kifizetéseinek alakulása nominálértéken (1995-2024)

Az első ábra a rokkantsági nyugellátások nominális értékének alakulását mutatja 1995 és 2024 között. A vizsgált időszak első szakaszában – az 1990-es évek közepétől a 2000-es évek közepéig – a kiadások folyamatos és dinamikus növekedése figyelhető meg. Ez a tendencia részben a jogosultak számának növekedésével, részben pedig azzal magyarázható, hogy a rokkantsági ellátások rendszeres indexálással emelkedtek.

6.1. ábra Rokkantsági ellátások alakulása nominálértéken 1995-2024 (milliárd Ft)



Forrás: NEAK évkönyv 2020, KSH adatok alapján saját szerkesztés

A 2008–2011 közötti időszakban a kiadásokban hirtelen visszaesés figyelhető meg. Ez a törés nem a rokkantsággal összefüggő kiadások csökkenését jelzi, hanem strukturális átalakulással magyarázható. Ebben az átmeneti időszakban a rokkantsági ellátások egy része kikerült az Egészségbiztosítási Alapból, illetve más költségvetési alapon – a Nyugdíjbiztosítási Alapon belül – jelent meg, ami az idősorban technikai értelemben „nullás” vagy rendkívül alacsony értékeket eredményezett.

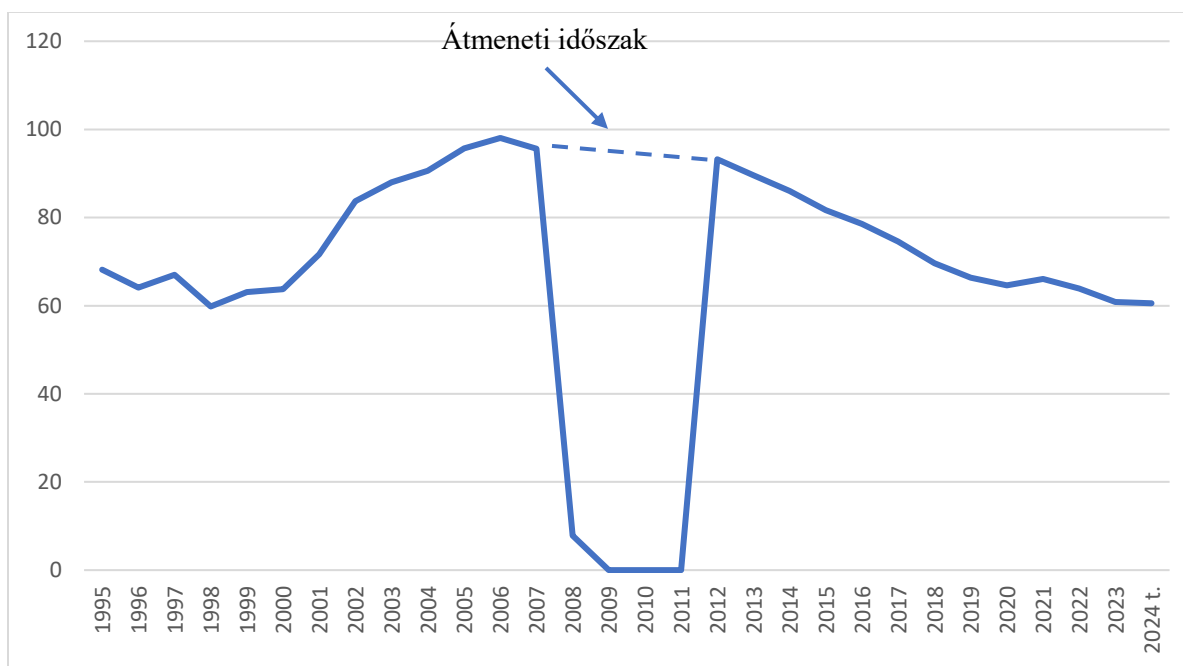
2012-től, a megváltozott munkaképességű személyek ellátórendszerének átfogó reformját követően, a nominális kiadások ismét magas szinten jelennek meg az adatokban. A 2010-es évek közepétől a nominális kiadások mérsékelt csökkenése figyelhető meg, amely a jogosultsági feltételek szigorodásával és a felülvizsgálatok kiterjesztésével hozható összefüggésbe.

A 2020-as évek elején a nominális értékek ismét emelkedni kezdenek, ami már részben az általános inflációs környezet hatását, részben az ellátások reálértékének korrekciójára irányuló intézkedéseket tükrözi. A nominális adatok azonban önmagukban nem alkalmasak az adatok érdemi értelmezésére, mivel nem veszik figyelembe az infláció hatását, ezért a következő alfejezet az ellátások reálértékű alakulását vizsgálja.

Rokkantsági ellátások kifizetések alakulása reálértéken (1995-2024)

A rokkantsági nyugellátások reálértékű alakulása eltérő képet mutat a nominális trendekhez képest. Az 1995–2007 közötti időszakban a kiadások reálértéken mérsékelten emelkedtek, ami arra utal, hogy a kifizetések nemcsak nominálisan nőttek, hanem tényleges gazdasági súlyuk is erősödött.

6.2. ábra Rokkantsági ellátások alakulása reálértéken 1995-2024 (milliárd Ft)



Forrás: NEAK évkönyv 2020, KSH adatok alapján saját szerkesztés

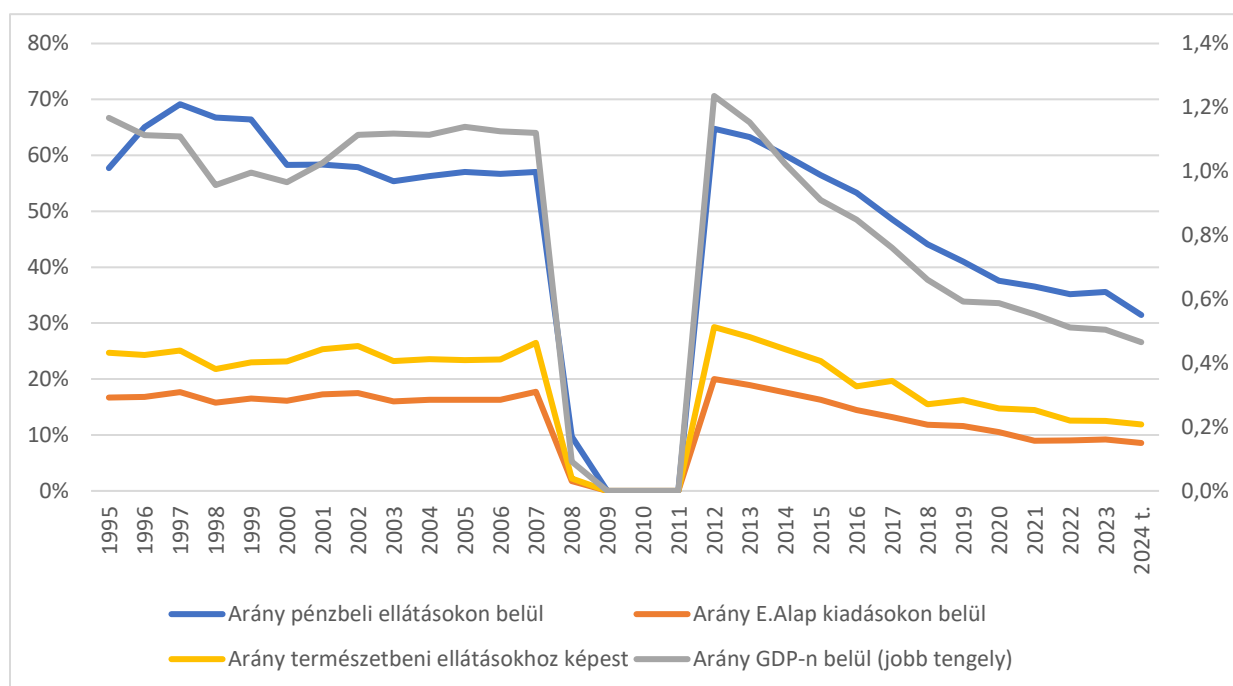
A 2008–2011 közötti időszakban természetesen reálértéken is megfigyelhető a visszaesés, amely szintén nem a rokkantsági ellátási szükségletek eltűnését tükrözi, hanem az ellátási rendszer átalakulásával magyarázható.

A 2012 utáni időszakban a reálértékű kiadások fokozatos csökkenése látható, ami azt jelzi, hogy az ellátások vásárlóereje hosszabb távon csökkent. Ez összhangban áll az új rokkantsági rendszer célkitűzéseivel, amelyek a jogosulti kör szűkítésére, a rehabilitáció előtérbe helyezésére és a kiadások kontrolljára irányultak.

6.3.2. A rokkantsági kiadások szerkezete és súlya a társadalombiztosítás rendszerében

A rokkantsági ellátások társadalombiztosításon belüli súlyát több viszonyszámon keresztül is vizsgálhatjuk. A következő ábra bemutatja a rokkantsági kiadások arányát egyrészt a pénzübeli ellátásokon belül, másrészt az Egészségbiztosítási Alap teljes kiadásaihoz, valamint a természetbeni ellátásokhoz viszonyítva, továbbá a GDP arányában is.

6.3. ábra A rokkantsági kiadások aránya 1995–2024 (%)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

Az 1995–2007 közötti időszakban a rokkantsági ellátások jelentős és viszonylag stabil súlyt képviseltek a pénzübeli ellátásokon belül, miközben az E. Alap kiadásain belüli arányuk is tartósan magas volt. Ez jól tükrözi a rokkantsági nyugdíjrendszer nyugdíjszerű, hosszú távú jövedelempótló jellegét, valamint azt, hogy az ellátás ebben az időszakban széles jogosultti körre terjedt ki.

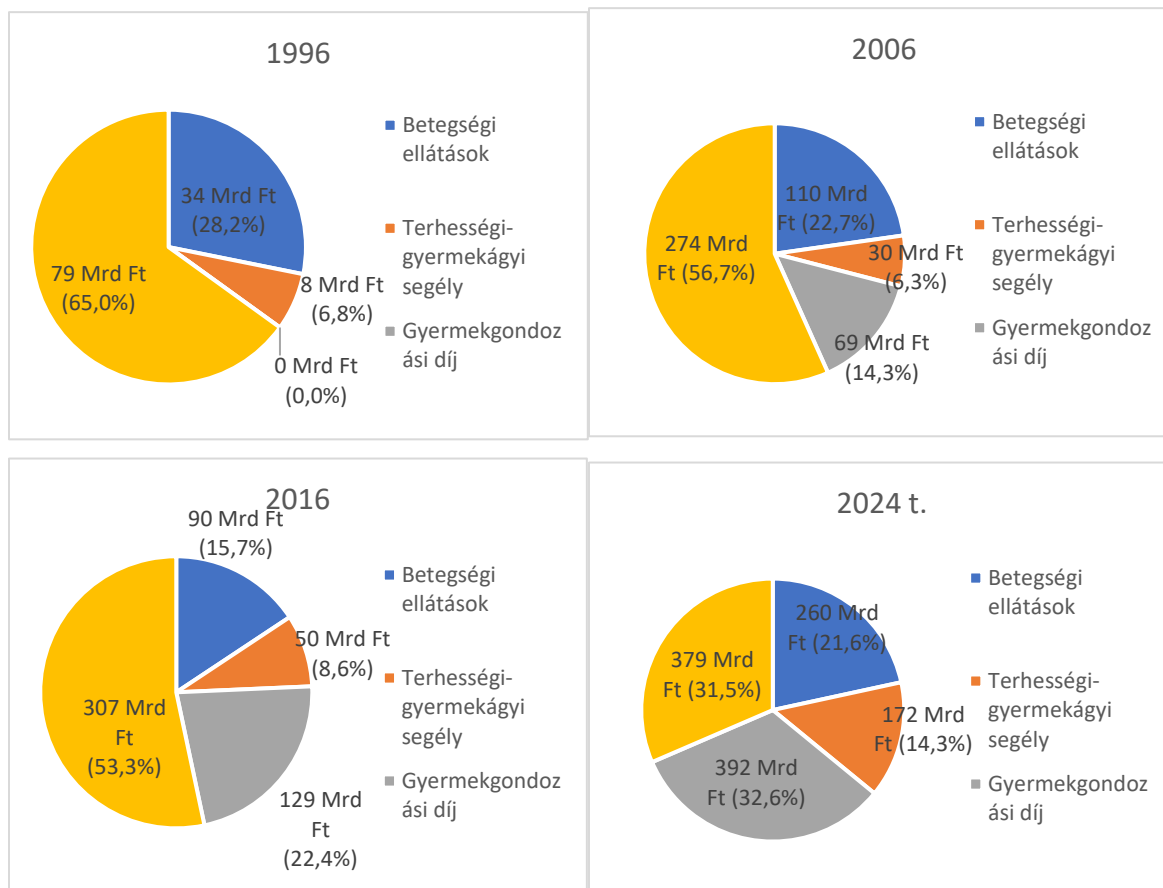
A 2009–2011 közötti átmeneti időszak miatt valamennyi mutató esetében hirtelen visszaesés figyelhető meg. Ez a törés nem a rokkantsági ellátások tényleges megszűnését jelzi, hanem elsősorban szerkezeti változásokkal magyarázható, melyeket a korábbi fejezetekben már kifejtettünk.

A 2012 utáni időszakban a rokkantsági kiadások aránya mind a pénzbeli ellátásokon belül, mind az E. Alap kiadásaihoz viszonyítva fokozatosan csökken. Hasonló tendencia figyelhető meg a GDP-arányos mutató esetében is, ami arra utal, hogy a rokkantsági ellátások makrogazdasági súlya hosszabb távon mérséklődött. Ez összhangban áll a rokkantsági ellátórendszer átalakításának céljaival, különösen a jogosulti kör szűkítésével és a rehabilitációs szemlélet erősítésével.

Összességében az ábra jól szemlélteti, hogy a rokkantsági ellátások a vizsgált időszak jelentős részében meghatározó elemei voltak a társadalombiztosítási kiadásoknak, miközben a 2010-es években fokozatosan csökkenő súlyt képviseltek mind a költségvetési, mind a makrogazdasági mutatókban.

A pénzbeli ellátásokon belüli szerkezet az időszak során jelentősen átalakult. Míg az 1990-es évek végén a rokkantsági nyugellátás egyértelműen domináns tételt képviselt, addig 2006-ra és különösen 2016-ra a családtámogatási jellegű ellátások (terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj) súlya fokozatosan erősödött. 2024-re a pénzbeli ellátások szerkezete kiegyenlítettebbé vált: a gyermekvállaláshoz kapcsolódó ellátások már meghaladják a rokkantsági nyugellátás nagyságát, miközben a betegségi ellátások is számottevően növekedtek. Ez a változás a pénzbeli ellátásokon belüli hangsúlyok eltolódását jelzi, a rokkantsági ellátások relatív súlyának csökkenése mellett.

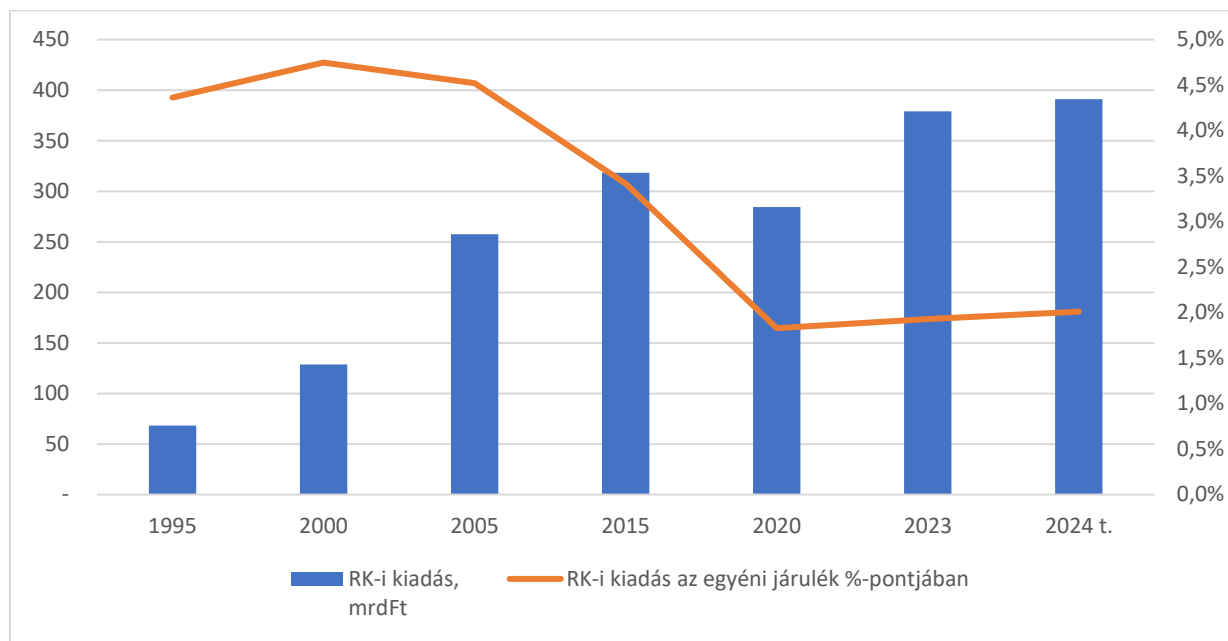
6.4. ábra Szerkezeti változás a pénzbeli ellátásokon belül 1997-2006-2016-2024 (Mrd, %)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

A következő ábra a korhatár alatti rokkantsági nyugellátások kiadásait, valamint azok egyéni egészségbiztosítási járulékhöz viszonyított súlyát mutatja be. A két mutató együttes vizsgálata lehetővé teszi annak értelmezését, hogy az ellátás nemcsak nominális értelemben, hanem finanszírozási szempontból milyen terhet jelentett a rendszer számára.

6.5. ábra Korhatár alatti rokkantsági nyugellátási kiadások az egyéni egészségbiztosítási járulék %pontjában 1995-2024 (milliárd Ft, %)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

Az 1995 és 2012 közötti időszakban a kiadások növekedése mellett a járuléksúly viszonylag stabil maradt, ami arra utal, hogy a korhatár alatti rokkantsági ellátások finanszírozása arányosan illeszkedett az egyéni járulékbevételekhez. A 2012 utáni években ugyanakkor a járulék súlya jelentősen csökkent, miközben a nominális kiadások később ismét emelkedtek. Ez a kettősség arra utal, hogy a rokkantsági ellátások finanszírozási szerepe mérséklődött.

A 2020 utáni időszakban a járuléksúly lényegében stabilizálódik egy alacsony szinten, ami arra utal, hogy a korhatár alatti rokkantsági ellátások finanszírozási jelentősége ebben az időszakban már nem változott érdemben, még a nominális kiadások mérsékelt emelkedése mellett sem.

6.3.3. Korábbi évek statisztikai adatainak elemzése

A korábbi években több, ma már nem elérhető statisztikai adat és elemzés állt rendelkezésre. A 2012. évi reformot megelőzően – amikor a rokkantsági ellátás még nyugdíjtípusú ellátásnak minősült – az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság rendszeresen közölt részletes állománystatisztikai adatokat.

A fejezet első alfejezete a NEAK évkönyvekben megjelent releváns statisztikák és elemzések áttekintését tartalmazza, míg a második alfejezet az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság „Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők állománystatisztikai adatai” című kiadványa alapján mutatja be a reform előtti időszak tendenciáit.

Korábbi NEAK évkönyvek statisztikái, elemzései

A rokkantsági ellátásokra vonatkozó hazai statisztikai elemzések a 2000-es évek elejéig – és különösen az 1990-es években – részletesebb és strukturáltabb formában jelentek meg, mint a későbbi időszakban. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által készített statisztikai évkönyvek nem pusztán aggregált kiadási adatokat közöltek, hanem kiterjedt elemzéseket tartalmaztak a rokkantsági ellátásba újonnan belépők számáról, összetételéről és területi megoszlásáról.

A vizsgált évkönyvi fejezetek részletes bontásban mutatták be az újonnan rokkanttá minősített személyek számát betegségi főcsoportok szerint, külön feltüntetve az abszolút esetszámokat, az arányokat, valamint a 10 000 munkaképes korú lakosra vetített mutatókat. A statisztikai feldolgozás kiterjedt a legfontosabb diagnosztikai csoportokra – így például a keringési rendszer betegségeire, a mozgásszervi megbetegedésekre, a mentális betegségekre és a daganatos kórképekre –, lehetővé téve a rokkantság kialakulásához vezető egészségügyi okok strukturált összehasonlítását.

Az évkönyvek további erőssége volt a korcsoport és nem szerinti bontás alkalmazása, amely jól érzékeltette a rokkantsági ellátásba való belépés életkori mintázatait, valamint a férfiak és nők közötti különbségeket. Ezen túlmenően a területi elemzések – megyei szintű összehasonlításokkal – rávilágítottak a regionális eltérésekre, amelyek a foglalkoztatási helyzet, az egészségi állapot és az ellátórendszer hozzáférhetősége közötti összefüggésekre is utaltak.

A statisztikai évkönyvekben megjelent elemzések nem kizárólag leíró jellegűek voltak: több ábra és táblázat kifejezetten összehasonlító szemléletet tükrözött, például az „új” és „rég” véleményezettek elkülönítésével, illetve az egyes betegségi főcsoportok területi súlyának bemutatásával. Ez a megközelítés alkalmas volt arra, hogy a döntéshozók számára értelmezhető összefüggéseket tárjon fel a rokkantsági ellátások mögött húzódó társadalmi és egészségügyi folyamatokról.

A 2010-es évektől kezdődően – különösen a rokkantsági rendszer 2012. évi átalakítását követően – az ilyen részletességű statisztikai elemzések fokozatosan eltűntek a nyilvánosan hozzáférhető adatközlésekből. A NEAK statisztikai évkönyvei 2020 után már nem készültek el, a korábbi elemzési gyakorlat pedig nem jelent meg új formában.

A korábbi statisztikai évkönyvek fontos módszertani és tartalmi referenciát jelentenek a rokkantsági ellátások makroszintű elemzéséhez, mivel jól szemléltetik, hogy a pénzbeli ellátások mögötti folyamatok értelmezéséhez nem elegendő a kiadási adatok önmagukban történő vizsgálata, hanem szükség van az egészségi, demográfiai és területi összefüggések együttes elemzésére is.

Az ONYF állománystatisztikai kiadványának elemzése

Az alfejezet az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság 2012. januári, „Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők állománystatisztikai adatai” című kiadványának adataira épül. A publikáció részletesen tartalmazza a különböző nyugdíjellátások létszámadatait, valamint az ellátások teljes összegére és az egy főre jutó átlagos ellátás összegére vonatkozó adatokat, nemek és születési év szerinti bontásban is.

A kiadvány elején szereplő ábra a megváltozott munkaképességű személyek ellátásainak 2012. január 1-jével végrehajtott törvényi átalakulását szemlélteti. A táblázat mátrixszerűen mutatja be, hogy az egyes korábbi ellátástípusokban részesülők az új rendszerben mely ellátási formákba kerültek át, és milyen létszámban. A sorok a reform előtti ellátástípusokat, míg az oszlopok az újonnan létrehozott kategóriákat tartalmazzák, így pontosan nyomon követhető az ellátotti állomány átcsoportosítása.

6.6. ábra A megváltozott munkaképességűek ellátásainak törvény szerinti átalakulása, 2012. január 1.

(fő)

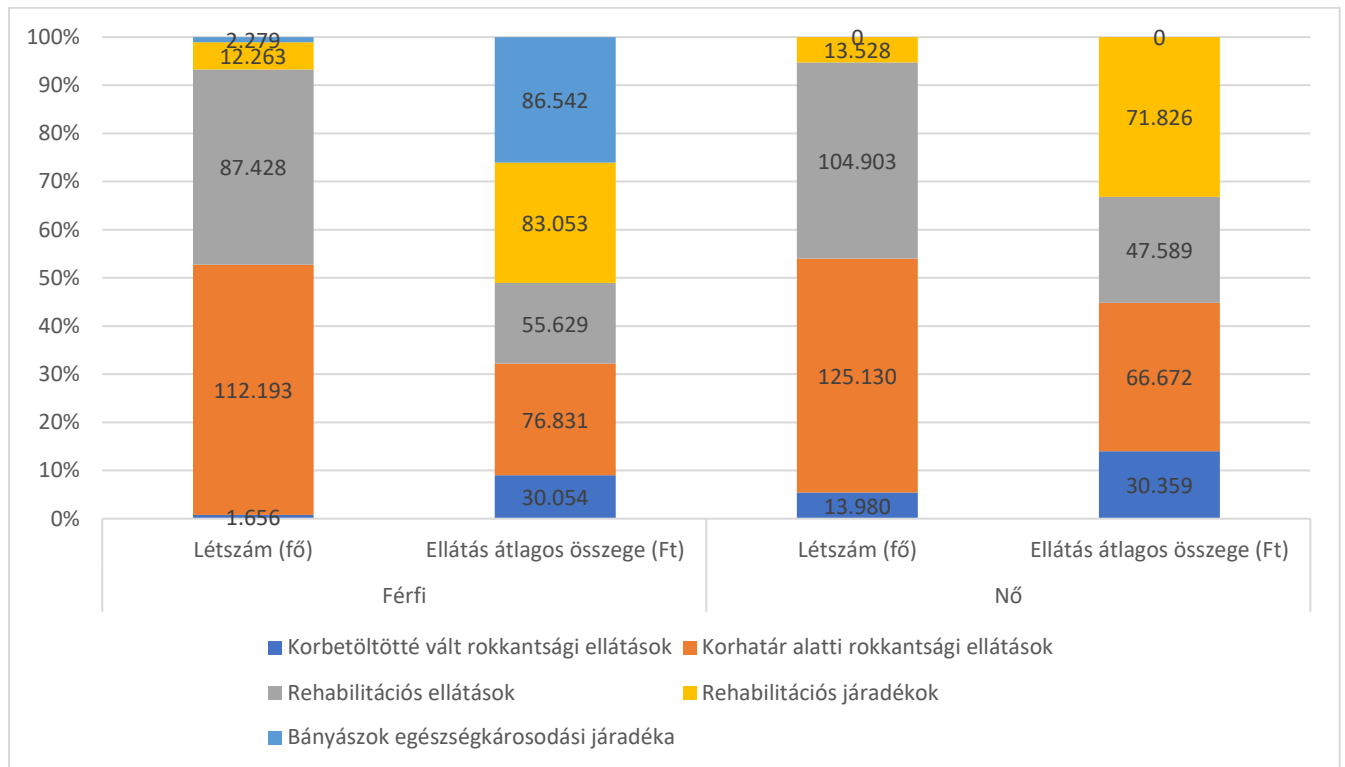
Új ellátástípusok	Korbetöltött öregségi nyugdíj			Rokkantsági ellátás			Rehabilitációs ellátás			Rehabilitációs járadék		
Korábbi ellátástípusok	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt	Férfi	Nő	Együtt
Korbetöltött rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjak I. - II. csoport	27 205	20 659	47 864	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Korbetöltött rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjak III. csoport	164 395	184 481	348 876	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Korhatár - 5 éven belüli rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjak I. - II. csoport	-	-	-	13 523	10 108	23 631	-	-	-	-	-	-
Korhatár - 5 éven belüli rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíjak III. csoport	-	-	-	60 923	71 188	132 111	-	-	-	-	-	-
Korhatár - 5 év alatti rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíj I. - II. csoport	-	-	-	20 553	16 238	36 791	-	-	-	-	-	-
Korhatár - 5 év alatti rokkantsági, baleseti rokkantsági nyugdíj III. csoport	-	-	-	-	-	-	54 255	56 202	110 457	-	-	-
Rehabilitációs járadék	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12 263	13 528	25 791
Átmeneti járadék	-	-	-	5 337	7 753	13 090	-	-	-	-	-	-
Rendszeres szociális járadék, korbetöltött	-	-	-	1 633	13 633	15 266	-	-	-	-	-	-
Rendszeres szociális járadék, korhatár - 5 éven belüli	-	-	-	11 566	19 909	31 475	-	-	-	-	-	-
Rendszeres szociális járadék, korhatár - 5 év alatti	-	-	-	-	-	-	32 492	48 185	80 677	-	-	-
Egészségkárosodási járadék	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Összesen:	191 600	205 140	396 740	113 535	138 829	252 364	86 747	104 387	191 134	12 263	13 528	25 791

Forrás: Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság

Az adatok alapján megállapítható, hogy a korábbi rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíjak egy része korbetöltött öregségi nyugdíjjá alakult, míg a korhatár alatti ellátottak döntően rokkantsági ellátásba vagy rehabilitációs ellátásba kerültek. Az ábra így nemcsak az intézményi átalakulást, hanem az ellátotti létszám szerkezeti átrendeződését is számszerűen bemutatja.

A következő ábra a rokkantsági és rehabilitációs ellátások létszám és ellátási összeg adatait ábrázolja nemek és ellátástípus szerinti bontásban. A létszámadatok alapján a korhatár alatti rokkantsági ellátás és a rehabilitációs ellátás képezi az ellátórendszer legnagyobb állományú kategóriáit. Mindkét esetben a női ellátottak száma meghaladja a férfiakét. A rehabilitációs járadék alacsonyabb létszámú, míg a bányászok egészségkárosodási járadéka marginális és döntően férfi ellátotti kört érint.

6.7. ábra Rokkantsági és rehabilitációs ellátások létszám és ellátási összeg adatai nemek szerinti bontásban, ellátás típusonként, 2012. január (fő, %)

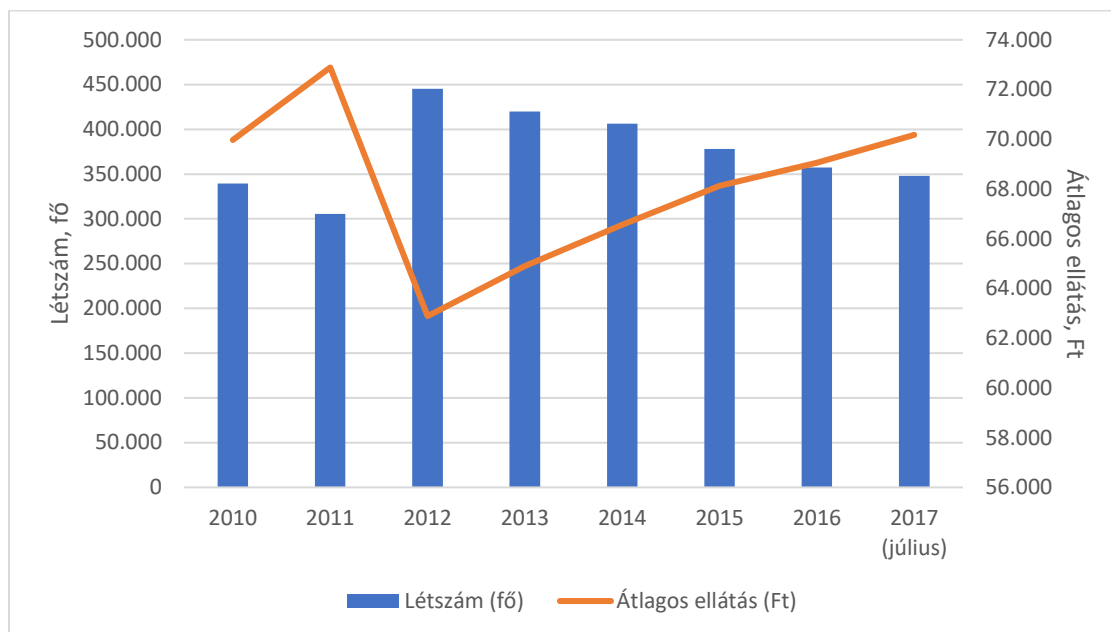


Forrás: Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság

Az átlagos ellátási összegek tekintetében jelentős különbségek figyelhetők meg az egyes kategóriák között. A legmagasabb átlagösszeg a bányászok egészségkárosodási járadékánál és a rehabilitációs járadéknál látható. Több ellátástípus esetében a férfiak átlagos ellátása meghaladja a nőkéit, ami részben a korábbi kereseti különbségekre vezethető vissza.

Az következő ábrán látható, a Magyar Államkincstár által közzétett – már a 2012-es reform utáni – adatok viszonylag korlátozott terjedelemben állnak rendelkezésre, ugyanakkor így is kirajzolnak néhány fontos tendenciát.

6.8. ábra Rokkantsági ellátások: létszám és ellátás összege 2010-2017 (fő, Ft)



Forrás: Magyar Államkincstár

A létszámadatok alapján 2012-ben – a rendszerátalakítás évében – magasabb állomány figyelhető meg, majd 2013-tól fokozatos csökkenés indul meg. A rokkantsági ellátásban részesülők száma évről évre mérséklődik, ami összefüggésbe hozható az új minősítési rendszerrel, a felülvizsgálatokkal, valamint az ellátási kategóriák átalakulásával. A csökkenő tendencia 2017-ig folyamatos, azonban fontos módszertani megjegyzés, hogy a 2017-es adat nem decemberi, hanem júliusi állapotot tükröz, így közvetlen összehasonlítása az előző évek év végi adataival korlátozottan lehetséges.

Az átlagos ellátási összeg alakulása ezzel szemben 2012-ben visszaesést mutat, majd ezt követően folyamatos, mérsékelt növekedés figyelhető meg.

Összességében az ábra azt jelzi, hogy a reformot követő években az ellátotti létszám csökkenése mellett az átlagos ellátási összeg fokozatos emelkedése figyelhető meg, ugyanakkor az adatok korlátozott elérhetősége és a 2017-es eltérő időpontú adatfelvétel miatt az idősoros összevetés óvatos értelmezést igényel.

6.4. Összefoglaló: 30 év időszakának főbb fázisai

A rokkantsági ellátások magyarországi alakulása az elmúlt három évtizedben szorosan összefonódott a gazdasági-társadalmi környezet változásaival, különösen a munkaerőpiac szerkezeti átalakulásával és az állami jóléti rendszerekre nehezedő költségvetési nyomással. A szabályozási és finanszírozási változások nem egyetlen, lineáris reformfolyamatként értelmezhetők, hanem több, jól elkülöníthető szakasz mentén rajzolódnak ki.

A **1990-es évek elején** a rendszerváltást követő **megugró munkanélküliség jelentős hatást gyakorolt a rokkantsági ellátások igénybevételére**. A munkaerőpiacról kiszoruló, sok esetben alacsony foglalkoztathatóságú csoportok számára a rokkantsági nyugdíj **alternatív megélhetési útvonalként** jelent meg, és sokan ebben látták a tartós bizonytalanságból való kiutat. Ebben az időszakban a rokkantsági ellátás nem kizárólag egészségi kockázatot kezelő intézményként működött, hanem részben a strukturális munkanélküliség kezelésének eszközévé vált.

A **1990-es évek második felétől** fokozatos **szigorítások** indultak meg. Megjelent az ellátások **időlegessé tétele**, a **bekerülési feltételek nehezítése**, valamint a felülvizsgálatok hangsúlyosabb alkalmazása. Ezek a lépések már azt jelezték, hogy a kormányzati politika igyekezett visszaszorítani a rokkantsági ellátások „menekülőút” jellegét, ugyanakkor a rendszer alapstruktúrája ekkor még változatlan maradt.

A **2000-es évek közepétől** egyre markánsabban **általános kormányzati politikává vált az ellátásokhoz való hozzáférés szigorítása**, a **rendszerszintű felülvizsgálatok bevezetése**, valamint a **kifizetések összegének limitálása és féken tartása**. A szakpolitikai diskurzusban mind hangsúlyosabban jelent meg a fenntarthatóság, az aktivizálás és a munkaképesség helyreállításának igénye, miközben a rokkantsági nyugdíj rendszerével szembeni kritikák felerősödtek.

E folyamat csúcspontját a **2012-es strukturális reform** jelentette, amely megszüntette a rokkantsági nyugdíjat, és bevezette az aktív korúak számára kialakított rehabilitációs és rokkantsági ellátásokat. A reform alapvető szemléletváltást hozott: a rokkantságot nem végleges állapotként, hanem – lehetőség szerint – rehabilitálható élethelyzetként kezelte, és a komplex minősítési rendszer révén a foglalkoztathatóságot is az értékelés középpontjába állította.

A **2013–2024 közötti időszak** már elsősorban a rendszer **finomhangolásáról és stabilizációjáról** szólt. A szabályozás alapstruktúrája érdemben nem változott, ugyanakkor a minősítési eljárások egységesítése, a jogalkalmazás pontosítása és a költségvetési kockázatok kontroll alatt tartása került előtérbe. A finanszírozási adatok alapján a kiadások nominális növekedése mellett a rokkantsági ellátások súlya az egyéni járulékterhekhez viszonyítva hosszabb távon csökkenő, majd stabilizálódó pályára állt, ami a rendszer költségvetési szempontból kiszámíthatóbb működésére utal.

Összességében a rokkantsági ellátások elmúlt 30 éve jól tükrözi a magyar társadalombiztosítási rendszer átalakulását: a munkaerőpiaci sokkok kezelését szolgáló, passzív jövedelempótló funkciót fokozatosan felváltotta egy **szigorúbb hozzáférésű, rehabilitáció-orientált és költségvetési szempontból kontrollált ellátási modell**. A változások ugyanakkor rávilágítanak arra is, hogy az ellátórendszer hatékonysága nem kizárólag jogszabályi kérdés, hanem szorosan összefügg a munkaerőpiac, a szociális szolgáltatások és az intézményi kapacitások működésével.

6.5. **Kontrollkérdések**

- a. Mikor voltak a főbb szabályozási változások (többnyire szigorítások)?
- b. Rendszerváltást követő években miért volt akkora nagy aránya az E.Alap kiadásain belül a korhatár alatti rokkantsági nyugellátásoknak? Milyen intézkedések következtében csökkent le a jelenlegi alacsony (10% alá) arányra?
- c. Mi a kapcsolat a táppénz igénybevétele és a baleseti rokkantsági ellátások igénybevétele között?
- d. Mely kiadási tételek kerültek előtérbe az elmúlt 2 évtizedben a rokkantsági ellátásokkal szemben?
- e. Melyik ellátási formával van szoros kapcsolatban a rokkantsági ellátások rendszere? (ha ez az ellátási forma hatékonyan működik, akkor az jelentősen csökkenti a rokkantsági ellátások igénybevételét)
- f. Mi a különbség a rokkantsági ellátás és a rokkantsági nyugdíj között?
- g. Mi a lényege az időszakos felülvizsgálatnak?
- h. A kiadások csökkenése együtt járt-e a jogosultak számának csökkenésével, vagy csak az ellátási forma változott?

- i. Milyen kockázatai vannak a túlzott szigorításnak (pl. szociális ellátórendszer túlterhelése)?
- j. Hogy változott a rokkantsági ellátások aránya a pénzbeli ellátásokon belül?
- k. Mik voltak a főbb szabályozási változások a 2012-es reform következtében?

6.6. Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom/rövidítés	Definíció / magyarázat
B1–E minősítési kategóriák	A komplex minősítés eredményeként alkalmazott kategóriák, amelyek az egészségi állapot mértékét és a rehabilitálhatóságot fejezik ki.
Biztosítási idő	Az ellátásra való jogosultság egyik alapfeltétele; a kérelmező által megszerzett, járulékfizetéssel fedezett időszak, amely meghatározó szerepet játszott a korábbi rokkantsági nyugdíjrendszerben.
Ellátás mértéke	A rokkantsági vagy megváltozott munkaképességűeknek járó ellátás havi összege, amely az egészségi állapot minősítésétől, a biztosítási időtől és a jogszabályi korlátoktól függ.
Ellátáshoz való hozzáférés szigorítása	Olyan kormányzati és szakpolitikai intézkedések összessége, amelyek a jogosultsági feltételek szűkítését, a bekerülés nehezítését és a kifizetések kontrollját célozzák; különösen hangsúlyossá vált a 1990-es évek második felétől.
Felülvizsgálati kötelezettség	Az ellátás folyósítása során előírt kötelezettség, amely szerint az érintett személynek időszakonként szakértői vizsgálaton kell részt vennie a jogosultság fennállásának igazolására.
Időszakos felülvizsgálat	A rokkantsági és rehabilitációs ellátások esetében alkalmazott rendszeres ellenőrzés, amely az egészségi állapot változását és az ellátás indokoltságát vizsgálja.
Jogosultsági feltételek	Az ellátás igénybevételéhez szükséges jogszabályi kritériumok összessége, ideértve az egészségi állapot mértékét, a biztosítási időt és az életkori feltételeket.
Komplex minősítés	Olyan értékelési eljárás, amely nemcsak az egészségi állapotot, hanem a foglalkoztathatósági és rehabilitációs lehetőségeket is figyelembe veszi az ellátás megállapításakor.

Korhatár alatti rokkantsági nyugdíj	Az öregségi nyugdíjkorhatár elérése előtt megállapított rokkantsági ellátás, amely a korábbi rendszerben nyugdíjszerű jogosultságot jelentett, és amelynek kiadásai a makroszintű elemzések középpontjában állnak.
Korhatár feletti rokkantsági nyugdíj	Az öregségi nyugdíjkorhatár elérését követően folyósított rokkantsági ellátás, amely a nyugdíjrendszeren belül más súllyal és finanszírozási logikával jelent meg.
Megváltozott munkaképesség	Tartós egészségkárosodással járó állapot, amely csökkenti az érintett személy munkavégzési képességét, de nem feltétlenül zárja ki teljesen a munkába való visszatérést.
Mmtv.	A megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól szóló 2011. évi CXCI. törvény.
NRSZH	Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal - A megváltozott munkaképességű személyek minősítésében és a szakértői eljárások koordinálásában részt vevő intézmény.
ORSZI (Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet)	A rokkantsági és rehabilitációs minősítések korábbi intézményi kerete; az ORSZI feladatait később az NRSZH vette át, ami az intézményi szigorítások egyik eleme volt.
Rehabilitációs ellátás	Átmeneti pénzbeli ellátás azok számára, akik esetében a munkaképesség helyreállítása reálisan várható.
Rehabilitálhatóság	Annak szakértői megítélése, hogy az érintett személy munkaképessége részben vagy egészben helyreállítható-e.
Rendszeres felülvizsgálat	A jogosultság fenntartásának feltételeként előírt ismétlődő szakértői ellenőrzés, amely a korábbi „élethosszig tartó” jogosultságot fokozatosan felváltotta.
Rokkantsági ellátás / rokkantsági nyugdíj	A munkaképesség tartós csökkenése esetén nyújtott pénzbeli ellátás, amelynek jogi jellege, jogosultsági logikája és finanszírozása időben jelentősen átalakult.
Szakértői bizottság	Az egészségi állapot és munkaképesség minősítését végző testület, amelynek döntése meghatározza az ellátásra való jogosultságot, annak időtartamát és mértékét.
Szigorítási hullámok	A 1990-es évek végétől megjelenő, majd a 2000-es és 2010-es években felerősödő reformlépések, amelyek célja az ellátórendszerhez való hozzáférés korlátozása és a kiadások féken tartása volt.

Valorizáció	Az ellátások éves indexálása a jogszabályban meghatározott módon, a reálérték megőrzése érdekében.

6.7. Ábra és táblázatjegyzék

6.1. ábra Rokkantsági ellátások alakulása nominálértéken 1995-2024 (milliárd Ft).....	19
6.2. ábra Rokkantsági ellátások alakulása reálértéken 1995-2024 (milliárd Ft).....	20
6.3. ábra A rokkantsági kiadások aránya 1995–2024 (%).....	21
6.4. ábra Szerkezeti változás a pénzbeli ellátásokon belül 1997-2006-2016-2024 (Mrd, %)	23
6.5. ábra Korhatár alatti rokkantsági nyugellátási kiadások az egyéni egészségbiztosítási járulék %pontjában 1995-2024 (milliárd Ft, %)	24
6.6. ábra A megváltozott munkaképességűek ellátásainak törvény szerinti átalakulása, 2012. január 1.....	27
6.7. ábra Rokkantsági és rehabilitációs ellátások létszám és ellátási összeg adatai nemek szerinti bontásban, ellátás típusonként, 2012. január (fő, %)	28
6.8. ábra Rokkantsági ellátások: létszám és ellátás összege 2010-2017 (fő, Ft)	29

6.8. Hivatkozások

- Alapvető Jogok Biztosának Hivatala. (2012). AJB-4860/2012. *Jelentés a megváltozott munkaképességű személyek ellátásával kapcsolatos vizsgálatról*. Budapest.
<https://www.ajbh.hu/documents/10180/111959/201204860.pdf/f5d162d9-df44-4dd2-b2f7-1071384e548b?version=1.0&t=1412331540941>
- Alapvető Jogok Biztosának Hivatala. (2013). AJB-1739/2013. *Jelentés a rokkantsági és rehabilitációs ellátások felülvizsgálati gyakorlatáról*. Budapest.
<https://www.ajbh.hu/documents/10180/111959/Jelentés+a+megváltozott+munkaképességűek+ellátásáról.pdf/50e0c812-a0d7-4f97-8c87-07beb59a4974?version=1.0&t=1387360905219>
- Báncsi, Zs. J. (2010). A rokkant lét szabályai Magyarországon. *Debreceni Jogi Műhely*, VII(1), 47–64.
<https://ojs.lib.unideb.hu/DJM/article/view/6294/5903>

- Belügyminisztérium Civilkapcsolati és Ügyfélszolgálati Osztály: *A megváltozott munkaképességű személyek ellátásai*.
<https://cdn.kormany.hu/uploads/document/e/ec/ec3/ec371e9c6877c08a227b5658cfda0584798dc799.pdf>
- Cseres-Gergely Zs. (2007). *Inactivity in Hungary – the persistent effect of the pension system*. Institute of Economics, Hungarian Academy of Sciences, Budapest Working Papers on the Labour Market.
<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/108431/1/bwp0701.pdf>
- HVG. (2011). Benyújtotta a kormány a rokkantnyugdíjak átalakításáról szóló javaslatot.
https://hvg.hu/itthon/20111120_kormany_rokkantnyugdij_atalakitas
- Jakab N., Hoffmann I. (2024). A megváltozott munkaképességű személyek foglalkoztatása. *Fogyatékoság és társadalom: A fogyatékoságtudomány és a gyógypedagógia folyóirata*, 2(2), 136–145.
<https://fogyatekossagtudomany.elte.hu>
- Komiljovics M. (2011). Reform of pension system stirs controversy. *Eurofound*.
<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/reform-pension-system-stirs-controversy>
- Kovács G. (2019). A rokkantság, megváltozott munkaképesség, rehabilitációs ellátások változása Magyarországon 1990 és 2015 között. *Orvosi Hetilap*, 160, 29–36.
<https://doi.org/10.1556/650.2019.31372>
- Magyar Államkincstár. *Rokkantsági járadék*.
<https://www.allamkincstar.gov.hu/nyugdij/egyeb-ellatasok/rokkantsagi-jaradek>
- Magyar Államkincstár. Ellátásban részesülők adatai
https://www.allamkincstar.gov.hu/footer-tartalmak/jogi-informaciok/Kozerdeku_adatok/Penzbeli_ellatasi_statistikak_es_elemzesek/ellatasok-folyositasa/ellatasban-reszesulok-adatai
- Nyugdíj és Időskor Kerekasztal. (2009). *Jelentés a Nyugdíj és Időskor Kerekasztal 2007–2009 között végzett tevékenységéről*. Budapest.
https://kti.krtk.hu/file/download/nyika/jelentes_hu.pdf
- OEP. (1995). *Statisztikai Évkönyv*. Budapest.

- Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság. Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők állománystatisztikai adatai. 2012. január
- Széll Kálmán Terv. (2011). Budapest.

Jogszabályok:

- 1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról
- 1999. évi I. törvény a Munka Törvénykönyvéről
- 2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól (Mmtv.)
- 2012. évi I. törvény a Munka Törvénykönyvéről
- 2019. évi CXXII. törvény
- Magyarország központi költségvetéséről szóló törvények
- 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet a komplex minősítési eljárás szabályairól
- 327/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaival kapcsolatos eljárási szabályokról

7. Természetbeni ellátások: a Gyógyító - megelőző ellátások kasszái

Szerzők: Salai Márton József, Dózsa Csaba László

Tartalom

7. Természetbeni ellátások: a Gyógyító - megelőző ellátások kasszái	1
7.1. Bevezetés – A Gyógyító-megelőző ellátások kasszarendszere	1
7.2. A finanszírozási kormányrendelet felépítése.....	4
7.3. A Gyógyító-megelőző ellátási kasszák változása 1995-2025 időszakában	6
7.4. 7.4. GYM kasszák kiadásainak elemzése, belső arányok - trendek	12
7.5. Kontrollkérdések.....	17
7.6. Kulcsfogalmak és rövidítések.....	17
7.7. Ábrajegyzék.....	18
7.8. Hivatkozások.....	18
7.9. Mellékletek	19

7.1. Bevezetés – A Gyógyító-megelőző ellátások kasszarendszere

A soron következő felvezető fejezet a Gyógyító-megelőző ellátási kasszákról (továbbiakban: GyM kasszák), annak összetételéről, jogszabályi háttéréről, a kassza szerkezetének és statisztikai adatainak elemzéséről szól, bemutatja a fontos szerkezeti változásokat, azok okait, és következményeit, illetve az ezen intézkedések végrehajtását követő tanulságokat. Ezt a felvezető jellegű fejezetet külön fejezetekben követik: az egészségügyi alapellátás, járóbeteg szakellátás, krónikus és rehabilitációs ellátás és kasszák jellemzőinek, teljesítmény és kiadási trendjeinek részletes elemzése. Emellett igen terjedelmes fejezetben taglaljuk az ún. CaseMix – esetösszetétel jellegű epizód alapú DRG (diagnosis-related groups), magyarul HBCs (homogén betegségcsoport) finanszírozás jellemzőit, a létrehozás, bevezetés, fejlődés és alkalmazás évtizedeinek nemzetközi és hazai tapasztalatait, szakmai diskurzusait. Továbbá a HBCs rendszer szakmákkal kapcsolatos számszaki adatait, belső trendek változásait, azok magyarázatát. Annak érdekében, hogy szakképzettségtől függetlenül minden olvasó számára könnyen érthető és feldolgozható legyen a fejezet, javasoljuk áttanulmányozni a fejezet végén szereplő kulcsfogalmak és rövidítések jegyzékét.

A GyM ellátási kiadások kezdettől fogva, 1992-től az Egészségbiztosítási Alap (a továbbiakban: E. Alap) – illetve azon belül a természetbeni ellátások – kiadási oldalának

legnagyobb részét képezték és képezik a mai napig ('90-es évektől 2018-ig 68-71%-át, 2022-től már 80%-át). A GyM kasszák túlnyomó részt zárt kassza elven működnek (Orosz, 2001), az éves előirányzatok csak miniszteri vagy Kormány döntéssel módosíthatók év közben, ami túlnyomó részt belső átcsoportosítást jelent. Az egész GyM ellátási kasszák összegének módosítása (emelése) már Országgyűlési kompetenciákba tartozik. A GyM ellátási kasszákat érdemi részletességgel nem törvényi szint mutatja be, a mindenkor éves Központi Költségvetésről szóló törvények „csak” a főbb jogcímek szerinti bontást tartalmazzák az Egészségbiztosítási Alapról szóló LXXVII. fejezetben. Ezen túl sem az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.), sem pedig a Kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) nem részletezi a Gyógyító-megelőző ellátási kasszákat. Ugyanakkor *az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól* szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Finanszírozási rendelet) 5. melléklete évről évre táblázatos formában határozza meg az ellátási típusonként elkülönülő ún. teljes kasszarendszert (több mint húsz költségvetési tételt) és az adott évre tervezett támogatási összegeket.

A Finanszírozási rendelet hatálya alá tartozik a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK, korábban 1993-2016 között az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, OEP), mely a kezelője az E. Alapnak és benne a GyM kasszáknak is. Illetve azon egészségügyi szolgáltatók, amelyek a NEAK-kal – az E. Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatások nyújtásáról szóló – szerződéses jogviszonyt tartanak fenn (ún. *finanszírozási szerződés*). A Finanszírozási rendelet kiemelten szabályozza a szerződött szolgáltatók számára előírt havi jelentési kötelezettséget és annak részletes adatartalmát, melyet tárgyhót követő 5. napig be kell nyújtani a NEAK-hoz). Ezen túlmenően szabályozza a szolgáltatók jelentéstételi kötelezettségére vonatkozóan a kialakult várólista alapján nyújtható ellátások elszámolási szabályait, a jelentéstételi szabályokat, illetve az egyéb, elszámoláshoz kapcsolódó formai elvárásokat. A teljes, előirányzatot is tartalmazó melléklet ebben a Jegyzetben nem kerül feltüntetésre, tekintettel arra, hogy a benne szereplő összegek jelen alfejezet szempontjából nem relevánsak. Ellenben jelen fejezet 1. számú táblázatában szemléltetésre kerülnek a 2025. évben a GyM kasszák alá tartozó költségvetési sorok és kifizetési jogcímek.

7.1. táblázat A gyógyító-megelőző ellátási kasszák 2025. évre vonatkozó kiadási tételei

1	Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	Praxisfinanszírozás
		Praxistámogatás
		Háziorvosi, szakdolgozói bértámogatás
		Indikátorrendszer finanszírozás és teljesítményfinanszírozás
		Eseti ellátás díjazása
		Ügyeleti szolgálat
2	Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	Iskolaegészségügyi ellátás;
		Iskolaegészségügyi ellátás bértámogatás
		Védőnői ellátás
		Anya-, gyermek- és csecsemővédelem
		MSZSZ : gyermekgyógyászat
		MSZSZ : nőgyógyászat
3	Fogászati ellátás	Praxisfinanszírozás
		Praxistámogatás
		Indikátorrendszer finanszírozása
		Fogorvosi, szakdolgozói bértámogatás
4	Otthoni szakápolás	
5	Betegszállítás és orvosi rendelvénnyel halottszállítás	
6	Műveskezelés	
7	Célelőirányzatok	Méltányossági alapon történő térítések
		Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj
		Tartósan betöltetlen háziorvosi és fogorvosi körzetek betöltésének, valamint háziorvosi és fogorvosi tevékenység végzéséhez szükséges praxisjog vásárlásának támogatása
		Tervezett külföldi ellátások orvosi felülvizsgálata
		Egészségügyi dolgozók 2018–2025. évi béremelésének fedezete
		Egészségügyi dolgozók fix összegű bérkiegészítésének, béremelésének fedezete
		Az egészségügyi dolgozók pénzellátást helyettesítő jövedelem-kiegészítése
		Fiatal szakorvosok támogatása
		Működési támogatás
8	Mentés	
9	Laboratóriumi ellátás	
10	Összevont-szakellátás	Járóbeteg-szakellátás
		Népegészségügy fejlesztése
		Többletkapacitás befogadás
		Működési költségelőleg
		Molekuláris diagnosztikai (PCR) ellátás
		Fekvőbeteg-szakellátás

		<i>aktív fekvőbeteg-szakellátás¹</i>
		<i>krónikus fekvőbeteg-szakellátás¹</i>
		<i>fogvatartottak egészségügyi ellátása</i>
		<i>várólista csökkentés</i>
		Extrafinanszírozás
		Speciális finanszírozású szakellátás
12	Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék	
13	Egészségügyi szolgáltatók kiegészítő finanszírozása	
14	Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás	

Forrás: Szerzők

A Finanszírozási rendelet egyenként szabályozza az 1. számú táblázat 2. oszlopában szereplő ellátásokat, melyeket három csoportra oszt: egészségügyi alapellátás, fogászati ellátás, és egészségügyi szakellátás. Az egészségügyi alapellátást 2015-től már külön törvény fogja egységbe (2015. évi CXXIII. tv. az egészségügyi alapellátásról), de ez közvetlen módon nem befolyásolta a már korábbi években kialakított OEP/NEAK GyM kasszarendszerét, sem az egyes alapellátási típusok finanszírozásának módját. Ennek megfelelően az egészségügyi alapellátás kategóriájába tartozik a háziorvosi és védőnői szolgáltatás, a fogászati ellátás egy külön fejezetet kapott, illetve az egészségügyi szakellátás alá sorolható minden más szakorvosi tevékenység, mely az 1. táblázatban szerepel. A fekvőbeteg-szakellátás célja és jellege szerint lehet aktív, illetve krónikus, rehabilitációs, ápolási vagy hospice célú, amely igénybevételére klinikán, (szak)kórházban, szakápolási intézményben, valamint országos intézetben van lehetőség.

7.2. A finanszírozási kormányrendelet felépítése

Az egészségügyi alapellátás a Finanszírozási rendelet II. fejezetét foglalja magába, és ahogy az az előbb említett összegzésben is látható, a háziorvosi és védőnői szolgáltatásokkal kapcsolatos finanszírozási szabályokat részletezi. A háziorvosi ellátás tekintetében a rendelet kitér a háziorvosok kötelezettségére, mint például a folyamatos ellátás és a helyettesítés, részletezi, mely esetben jöhet létre NEAK finanszírozási szerződés Területi ellátási kötelezettség (a továbbiakban: TEK) alapján, illetve melyek azok az esetek, mikor nem TEK alapján kerül megkötésre finanszírozási szerződés (pl.

¹ az aktív fekvőbeteg-szakellátás, a krónikus fekvőbeteg-szakellátás, a fogvatartottak egészségügyi ellátása, illetve a várólista csökkentés a Fekvőbeteg-szakellátás alá tartozik.

hajléktalan ellátás). A házi orvosokra vonatkozó szakasz további része a pontértékű finanszírozást részletezi az orvos tapasztalata, ellátandók és ellátottak létszáma, kora, illetve az elvégzett munkaórák tekintetében. A védőnői feladatokkal kapcsolatos szabályozások az „Egyéb alapellátási feladatok finanszírozása” szakasz alatt kerülnek részletezésre, mely többnyire gyermekekkel és várandós anyákkal kapcsolatos ellátás finanszírozási szabályait fektetik le.

A III. fejezet teljes egészében a fogászati ellátást foglalja magában, mely hasonló tematikára épül, mint a II. fejezet. Természetesen, ahogy minden más ellátásnál, itt is elengedhetetlen a NEAK finanszírozási szerződés. Szabályozza, hogy a TEK-en kívül mely közintézmények javára hány szolgálatot különítenek el. Az alapdíjjal kapcsolatos szabályozások tekintetében figyelembe veszi az ellátást végző intézmény jogállását, a szakellátás típusát, a TEK-e alá tartozó lakosság számát, az ellátottak korát, illetve rendelkezik különböző teljesítménydíjra vonatkozó esetek szabályozásáról és eljárásrendjéről. A házi orvosok és a fogorvosok további egyéb – a finanszírozást nem érintő – tevékenységeit a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet szabályozza.

A Finanszírozási rendelet IV. fejezete mind tartalmilag, mind a hatálya alá tartozó vizsgálatok fajsúlya miatt a leghosszabb, illetve leginkább szerteágazó, ez ugyanis az „Egészségügyi szakellátást” foglalja magába. A fejezet az általános szabályok alfejezettel kezdődik, mely – ahogy a címe is mutatja – az egészségügyi szakellátás finanszírozásának alapvető szabályairól rendelkezik, többek között arról, mely esetekben jogosult az egészségügyi szakellátást végző szolgáltató E. Alapból történő térítésre, illetve külön figyelmet fordít a Kiemelt várólistacsökkentési programra, mely a Finanszírozási kormányrendelet 5. sz. mellékletében is megjelenik az összevont szakellátás kategórián belül. Tekintettel arra, hogy a soron következő alfejezetek (járóbeteg-szakellátás finanszírozása, betegszállítás, otthoni szakápolás finanszírozása, fekvőbeteg-szakellátás finanszírozása, aktív fekvőbeteg-szakellátás keretében végzett egynapos ellátások, egyéb ellátások) mind az egészségügyi szakellátás kategóriájába sorolhatók, célszerű a fejezet elején külön alfejezetben szabályozni az ezen szakellátásokra fordítandó éves keretösszeget, illetve a tervezett keret esetleges módosításának feltételeit.

A Finanszírozási rendelet mellett ennél a fejezetnél érdemes megemlíteni az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló, 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletet, mely a címében leírt kérdéseken túl rengeteg más fontos szabályozást

tartalmaz, többek között a 3. sz. mellékletben szereplő főcsoportokat, illetve a főcsoportokon belül szereplő HBCs-eket. Tekintettel arra, hogy az egyes szakellátások szabályozásai meglehetősen szerteágazóak, illetve az adott alfejezetben is kellőképpen mélyen szabályozzák az egymástól eltérő vizsgálat típusokat, a Jegyzet nem taglalja részletesebben a IV. Egészségügyi szakellátás fejezetet. 2015. január 1-től a Finanszírozási rendeletbe bekerült a „IV/A. Belföldi költségmérték megállapítása határon átnyúló egészségügyi területen” című fejezet, mely az unión belüli, de országhatáron kívüli betegek ellátására vonatkozó szabályozásokat tartalmazza, illetve 2021. január 1-től bekerült a „IV/B.

Az egészségügyi válsághelyzetben alkalmazható finanszírozás szabályai” című fejezet, melynek címe tökéletesen tükrözi annak létjogosultságát. Mint a legtöbb jogforrás, a finanszírozási rendelet – a mellékleteket leszámítva – utolsó eleme a Záró rendelkezések, mely a szokásos formai követelmények mellett külön figyelmet fordít a teljesítmények elszámolásának szabályozására, illetve a bértámogatásokra. A mellékletek közül érdemes kiemelni az 5. számú mellékletet, mely a fejezet 1. táblázatában szereplő tematika szerint csoportosítja az ellátásokat, kiegészítve a táblázatot az éppen aktuális előiránnyal.

7.3. A Gyógyító-megelőző ellátási kasszák változása 1995-2025 időszakában

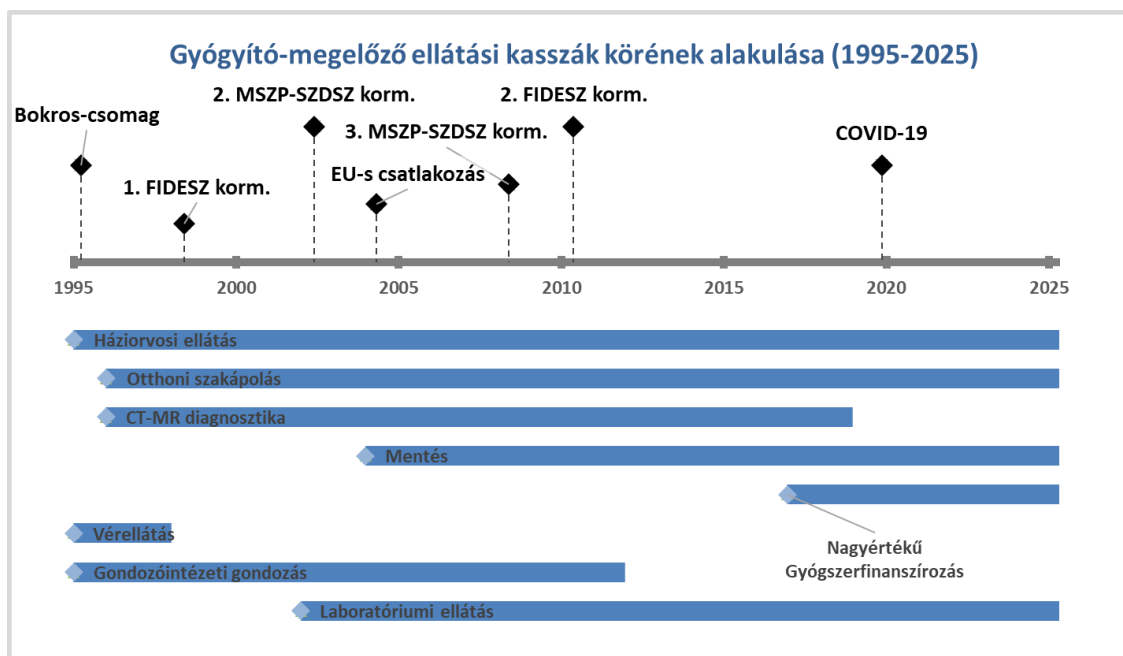
A Gyógyító-megelőző ellátási kasszák rendszere, struktúrája, elnevezése számos változáson ment át az elmúlt 30 év során. Műfajilag kiemelhető, hogy:

- új (előzmény nélküli) ellátási kasszák jelentek meg (pl. Otthoni szakápolás),
- leválasztás nagyobb ellátási kasszáról (Laboratóriumi ellátás),
- a szakminisztériumtól átkerülő ellátási előirányzat (OMSZ),
- több évtizedes hagyományként működő kasszák szűntek meg (Gondozóintézeti gondozás),
- olvadtak bele nagyobb kasszába (CT és MR kassza).

Egyes előirányzati sorok adott időszakban fontos szakmai programok költségvetését mutatták, de „csupán” néhány éven át jelentek meg elkülönülten, aztán megszüntetésre kerültek, mint a nemzetközi mintákon alapuló Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) alprogram finanszírozása és külön kasszája, amely a globális fejkvóta bevezetését célozta meg több éves fokozatos fejlesztés és országos kiterjesztés alapján 1999-2004 időszakában. További példák a jellemző változásokra: megjelent néhány új ellátási forma, mint 1996-tól az Otthoni szakápolás (Banai, 2009), vagy nagyobb kasszákból került

leválasztásra, mint 2002-től a Labordiagnosztikai kassza a Járóbeteg szakellátásból, vagy 2018-tól a Nagyértékű gyógyszerek finanszírozásának kasszája a Speciális finanszírozási kasszából. Az Európai Unió csatlakozásával együtt 2004-től az Országos Mentőszolgálat (OMSZ) feladat-finanszírozású tevékenysége éves egyösszegű előirányzattal került át az Egészségügyi Minisztérium fejezeti kezelésű előirányzatai közül az OEP finanszírozott kasszák közé. A gondozóintézeti gondozás kasszájának (kötségvetési előirányzati sorának) 2012-es megszüntetése arra példa, hogy az indulástól kezdve (1992-től) különálló kasszát szakmapolitikai (ellátásszervezési) és finanszírozás technikai okból szüntette meg a kormányzat.

7.1. ábra A Gyógyító-megelőző ellátási kasszák körének változásai 1995-2025 időszakában



Forrás: Szerzők

Jelen jegyzetben bemutatásra kerül a gyógyító-megelőző ellátások kasszaszerkezetének változása, betekintést nyújtva ezek előzményeibe. Mindenekelőtt fontos megemlíteni, hogy az egészségbiztosítási finanszírozás mai szerkezetének alapja az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) létrehozásával kezdődik, melyet az 1992. évi LXXXIV. törvény (*törvény a társadalombiztosítás pénzügyi alapjairól és azok 1993. évi költségvetéséről*) hozott létre, amely – ahogyan azt az elnevezése is tükrözi – társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak – így az Egészségbiztosítási Alapnak és a Nyugdíjbiztosítási Alapnak – elkülönített kezeléséről rendelkezett. Az E. Alap létrehozásával a GyM ellátások finanszírozása önálló pénzügyi alpból, meghatározott bevételi források – elsősorban

munkaadói és munkavállalói járulékok – terhére történt (Szigeti, 2009). Ennek következtében a szervezeti struktúra is átalakult, hiszen az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság (OTF) jogutódjaként a fenti törvény 33.§-a alapján végrehajtására kiadott 91/1993 (VI. 9.) Korm. rendelet hatályba lépésével két elkülönült országos szervezet jött létre: egyrészt az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), másrészt az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság (ONYF). Az egészségbiztosítási ágazatban az E. Alap kezelője és a finanszírozója az OEP lett, jelen egyetemi jegyzetben ugyanakkor a nyugdíjbiztosítás működésével és az ONYF nyugdíj folyósítási feladataira nem térünk ki.

Az ezredforduló előtti történések közül szintén fontos megemlíteni az ún. forráscserét, melynek során 1990. január 1-től többek közt az E. Alap bevételi és kiadási struktúráját részben átrendezték a központi költségvetéssel: az anyasági és családi juttatások átkerültek a Központi költségvetésbe (pl. családi pótlék kiadások), miközben a GyM ellátás finanszírozása átkerült az Egészségbiztosítási Alapba. (Ez a forráscsere akkori nominális összegben 60 Mrd forintot tett ki.) A biztosítási elvet megerősítő intézkedés lényege az volt, hogy a mindenkori járulékbévételek hivatottak fedezni a kötelező egészségbiztosítás valamennyi kiadását.

Az előzmények bemutatását követően ismertetésre kerül a Finanszírozási rendelet kapcsán kialakult kasszaváltozások bemutatása. A rendelet megalkotásakor létrejött kasszaszerkezetet jelen fejezet 1. Melléklete tartalmazza. Az 1999-es közlönyállapothoz képest viszonylag hamar, egy éven belül módosult a melléklet, megjelentek benne ugyanis az egyszeri bérjuttatások önálló költségvetési sorként. Az első releváns változás 2002-ben történő Laborkassza bevezetése volt, melynek részletes történetét és bevezetésének okát jelen jegyzet „Járóbeteg szakellátási kassza elemzése” című fejezete tárgyalja. Említésre méltó változás, hogy a Betegszállítás és a halottszállítás egy „főkasszán” belül maradt, de külön költségvetési soron volt nyilvántartva, ezzel áttekinthetőbbé téve a „Betegszállítás és halottszállítás orvosi rendelvevényre” kasszákat. 2004. év elején újfent módosításra került az egyes kasszák belső szerkezete, pl. a Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás kasszáján belül innentől 3 alkassza volt nyilvántartva a korábbi 6 helyett, meghagyták az eseti ellátások díjazását, illetve az ügyeleti szolgáltatást, de e két alkassza mellett egy egységesített „Praxisfinanszírozás” nevű alkassza került létrehozásra.

Ekkor került be a Mentés kassza, mely egy laikus olvasó számára magyarázatot kíván, hiszen betegszállításról már írtunk jelen jegyzet során, ellenben a két ellátási forma és finanszírozása sem ugyanaz. A NEAK oldalán szereplő információk szerint akut, sürgős, akár életveszélyes helyzetek elhárítására: *„A mentés igénybevételéhez való jog Magyarország területén – állampolgárságra vagy egészségbiztosítási jogviszony fennállására való tekintet nélkül – mindenkit megillet.”*, míg tervezhető, akár hetekre előre programozható *„... betegszállítás az egészségbiztosítás keretében nyújtott ellátás, amelyet az orvosnak utalványon kell megrendelni.”* Jelen definíciókból szemmel látható a különbség, míg a lakosság részéről kezdeményezett sürgősségi betegszállítás (ún. mentőautóval) a Mentés kategóriába tartozik, addig a betegszállítást orvosok kezdeményezik, egyáltalán nem biztos, hogy sürgős egészségügyi ellátást igénylő esetekben, sokkal inkább a logisztikai jellegű betegszállítás a cél, mintsem a sürgősségi betegellátás.

Ebben az évben, 2004-től került bevezetésre a teljesítményvolumen-korlát (TVK) is, mely fogalomról jelen jegyzet „Járóbeteg szakellátási kassza elemzése” című fejezetében lehet több részletet megismerni. További érdekesség a Finanszírozási rendelettel kapcsolatban, hogy 2006. január 1. és 2008. január 23. között nem szerepelt benne az 5-ös számú melléklet, tekintettel arra, hogy a 329/2005. (XII. 29.) Korm. rendelet hatályon kívül helyezte azt. Ebben az időben az 5. sz. melléklet helyett az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter közös tájékoztatásában szereplő éves előirányzati adatok voltak az irányadók, melyek beépítésre kerültek a teljes Finanszírozási rendeletbe.

Az 5. sz. melléklet visszakerülésével a mai napig érvényben lévő változás történt, miszerint létrehozták az ún. Összevont szakellátást, mely alá több, korábban egymástól függetlenül és önálló költségvetési soron működő kassza tartozott. A kasszák ugyan megőrizték „önállóságukat” költségvetési szempontból, de bekerültek egy „nagy kalapba”. A legfőbb kasszák a járóbeteg szakellátás, a CT-MRI diagnosztika, illetve a fekvőbeteg szakellátás, mely magába foglalja az aktív és a krónikus fekvőbeteg szakellátást. Az Összevont szakellátás 2006. évi létrehozása, illetve az 5. sz. melléklet hatályon kívül helyezése egybefüggött oly módon, hogy ez időben történt az ún. struktúraváltás. Ennek előzménye a már korábban említett TVK bevezetése, mely elsősorban finanszírozási ösztönzők korrekciójára irányult, emellett költségvetési fékként működött, strukturális beavatkozás nélkül.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. évi törvény által kikényszerített struktúraváltás keretében az aktív és a krónikus fekvőbeteg szakellátás ágyszámai és arányuk 2007. április 1-től drasztikus módon megváltozott. Az aktív ágyak száma 60 ezerről 44 ezerre csökkent, míg a krónikus (és benne a rehabilitációs) ágyak száma 20 ezerről 27 ezerre nőtt. Az Összevont szakellátás kasszájának létrehozása a kapacitás-átalakítással párhuzamosan biztosította a finanszírozási keretek rugalmasabb kezelését, és mérsékelte a korábbi szétagolt kasszaszerkezetből fakadó torzulásokat. (Dózsa, 2011). Összességében a struktúraváltás a TVK által jelzett finanszírozási feszültségekre adott rendszerszintű válasz volt: a pusztán volumen-korlátozó eszközöktől a tényleges kapacitás- és intézményi struktúra átalakítása felé mozdult el. Az ezt követő időszakban (2008-2015 között) jelentős, nagyságrendileg 410 Mrd Ft összegű EU-s támogatású fejlesztési források segítették elő főként a kórházi szektorban megvalósuló modernizációt és struktúraváltást. A reform célja a fenntarthatóság javítása, a hatékonyság növelése és a progresszív ellátási rendszer megerősítése volt. (Dózsa et al., 2016)

A soron következő változás a járóbeteg szakellátás és a CT/MRI kassza egybeolvadása volt 2009-ben, melynek eredményeképp az összevont szakellátásban 2 fő alkassza lett, járóbeteg szakellátás és fekvőbeteg szakellátás. 2012-től már abszolút beolvadt a járóbeteg szakellátás finanszírozásába, 2009-től „Járóbeteg szakellátás + CT/MRI” néven futott ez a sor, 2012. január 1-től már csak a járóbeteg szakellátás volt feltüntetve. Összevont szakellátás kasszában belül 2015-ben az külön finanszírozási jogcímként jelent meg a várólistacsökkentés, amelynek célja az volt, hogy a TVK-val korlátozott aktív fekvőbeteg-ellátásban bizonyos, hosszú várakozási idejű műtétek esetében lehetővé tegye a többletteljesítmény finanszírozását. A konstrukció lényege, hogy az intézmények a meghatározott beavatkozások után a normál volumenkereten felül is elszámolhattak teljesítményt, amennyiben igazolt várólistás beteget láttak el. (Pónusz et al., 2022) A félreértések elkerülése végett ez nem jelentette a TVK általános eltörlését, hanem a várólistacsökkentés kassza célzott, elkülönített többletforrást biztosított a nagyértékű és/vagy nagy esetszámban végzett műtétek hozzáférési problémáinak mérséklésére. (Pónusz et al., 2019) A beavatkozás hátterében az állt, hogy a 2007-es struktúraváltás és a volumenplafonok egyes szakmákban tartós kapacitáshiányt és hosszú várakozási időket eredményeztek.

2017-ben az Összevont szakellátás finanszírozási rendszerén megjelent a Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás, amelynek célja az volt, hogy a kiemelkedően drága, jellemzően onkológiai, immunológiai vagy ritka betegségek kezelésére szolgáló készítmények ne terheljék aránytalanul az intézmények HBCs-alapú kasszáját, hanem az E. Alapon belül egy külön költségvetési soron legyen nyilvántartva az erre szánt forrás. A konstrukció lényege, hogy a terápiák tételes elkülönített finanszírozásban részesülnek, így nem számítanak bele az adott intézmény TVK-jába, és nem torzítják el az adott osztály teljesítmény-finanszírozását. Ez egyrészt biztosítja a betegek hozzáférését az innovatív, magas költségű gyógyszeres kezelésekhez, másrészt költségkontrollt is jelentett, mivel a finanszírozó központilag, közvásárlóként (monopszónia) képes beszerezni ezeket a nagyértékű gyógyszereket, szakmai irányelvekhez, helyi protokollokhoz kötni, majd engedélyezni és ellenőrizni azok az alkalmazását. A lépés rendszerszinten azt jelezte, hogy a hagyományos esetfinanszírozás nem alkalmas az extrém költségű gyógyszeres terápiák kezelésére, ezért azok külön, célzott finanszírozási technikát igényelnek.

Ugyanebben az évben (2017-ben) bővült az 5. sz. Melléklet az Alapellátás és a népegészségügy fejlesztése nevű költségvetési sorral, mely elsősorban a háziiorvosi finanszírozás megerősítését és minőségorientált átalakítását jelentette. Mindez 2018-ban különvált, és megközelítőleg 5:1 arányban osztották szét az erre szánt forrást a háziiorvosi ellátás fejlesztésének javára. Ezzel párhuzamosan 2018-tól bekerült a Háziiorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás kasszájába az indikátorrendszer finanszírozása, melynek előzménye, hogy a háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok által végzett minőségi és hatékony tevékenységek ösztönzése érdekében 2009-ben országosan egységes indikátorrendszer kidolgozására került sor, melynek szakmai alapjai *„A háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól”* szóló 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendeletben jelentek meg. Ez az új előirányzat (finanszírozási tétel) a minőségi alapú érdekeltségi rendszer finanszírozására a Finanszírozási kormányrendelet 5. sz. mellékletébe került bele, melyről részletesebben a NEAK honlapján lehet olvasni, ahol pdf fájlokban ismertetik az adott indikátorok leírásait.

2020-ban új költségvetési sor jelent meg az 5. sz. melléklet alján, mely a finanszírozási rendszer átalakítására jött létre. A finanszírozási rendszer átalakítása elsősorban a COVID-19 pandémia hatására történt, amely alapvetően felülírta a teljesítményalapú finanszírozási logikát. A járvány idején az aktív fekvő- és járóbeteg-ellátás volumene

jelentősen visszaesett, ezért a tisztán teljesítményarányos (HBCs- és pontérték-alapú) finanszírozás fenntarthatatlanná vált. Ennek kezelésére a kormányzat átmenetileg fix, bázisalapú finanszírozást vezetett be, amely az intézmények korábbi időszak teljesítménye alapján biztosított stabil bevételt, függetlenül az aktuális esetszámtól. A TVK gyakorlati jelentősége csökkent, mivel a hangsúly a működőképesség fenntartására, és a kapacitások készenléti biztosítására helyeződött. Emellett külön finanszírozási jogcímek jelentek meg a járványügyi ellátásokra, mint például a COVID-19 járványügyi ellátás, tesztelés és készenléti díjak. Az átalakítás rendszerszinten azt jelentette, hogy a korábbi, teljesítmény és volumen vezérelt finanszírozás ideiglenesen költségvetési stabilizációs modellbe fordult át. A 2020-as év így precedenst teremtett arra, hogy rendkívüli helyzetben a finanszírozási rendszer gyorsan átállítható központilag meghatározott, fix jellegű működési támogatásra. Ugyanebben az évben az Összevont szakellátás kasszája alá több COVID-19 pandémia tematikus sor is bekerült, illetve 2021. január 1-től kikerült a Nagyértékű (Tételes) gyógyszerfinanszírozás, mely azóta is teljesen külön előirányzati sorként, kasszaként működött tovább (lásd 1. táblázat).

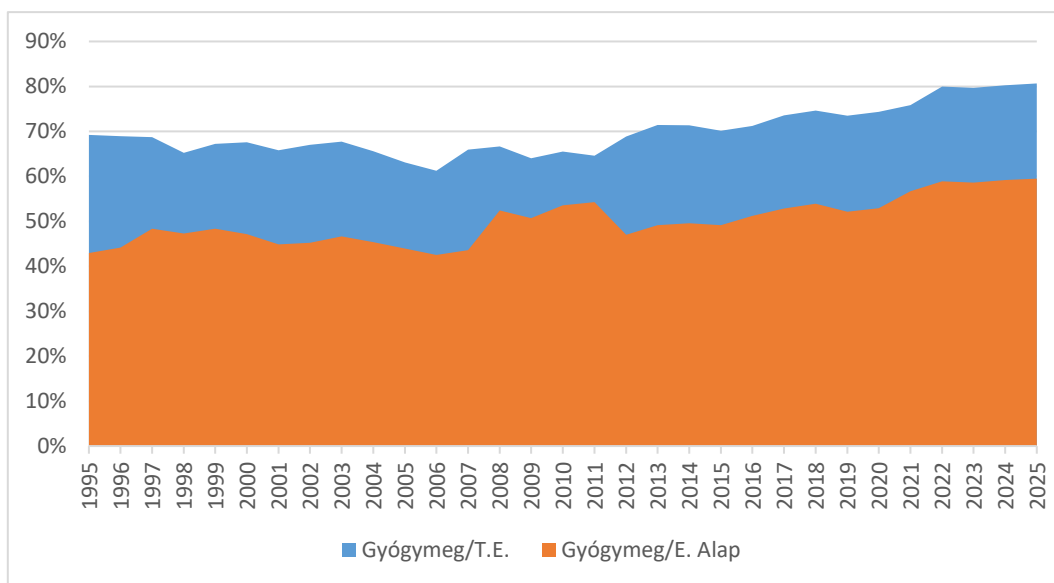
Ezt követően számos egyéb változás történt, de a kasszák fő szerkezete összességében nem változott. Amit érdemes megemlíteni, az az alapellátási bértámogatás, melynek előzménye volt a 15% feletti infláció, ez jelentős összeggel növelte a Gyógyító-megelőző ellátások kasszáinak finanszírozását, mely összeget tovább növelte a később – a mellékletbe is bekerült – finanszírozási rendszer támogatása, illetve az egészségügyi szolgáltatók kiegészítő finanszírozása. A Célelőirányzatok kasszája mutatta talán a legnagyobb hektikusságot az elmúlt 30 évben, de annak részletes elemzése meghaladja jelent fejezet terjedelmi korlátait. Ide az aktuális kormányzati intézkedések, fejlesztések a formális ellátási kasszákhöz nem köthető egyedi szakmapolitikai programok éves kiadási keretei kerültek be. 2017 évtől kezdve pedig főként az ágazati (orvosi és szakdolgozói) béremelések (teljesítmény díjakba be nem épülő, az egészségügyi intézményeknek külön havi fix tételként folyósított összegei jelentek meg nagy arányban.

7.4. GYM kasszák kiadásainak elemzése, belső arányok - trendek

A Gyógyító-megelőző ellátások trendelemzése során fontos tisztában lenni a jelen fejezetben szereplő, illetve a teljes jegyzetben feltüntetett információkkal, hiszen csak ebben az esetben kap teljes képet az olvasó a Gyógyító-megelőző ellátások kasszáinak belüli kifizetési arányok mértékéről. A fejezet ezen részén csak „felülnézetből” vizsgáljuk mindazt, amiről a teljes jegyzet túlnyomórésze szól. Mielőtt bemutatásra kerülnek a

gyógyító-megelőző ellátásokon belüli arányok, terület diagram formájában ismertetésre kerül a Gyógyító-megelőző kassza aránya a természetbeni ellátásokon és az E. Alapon belül.

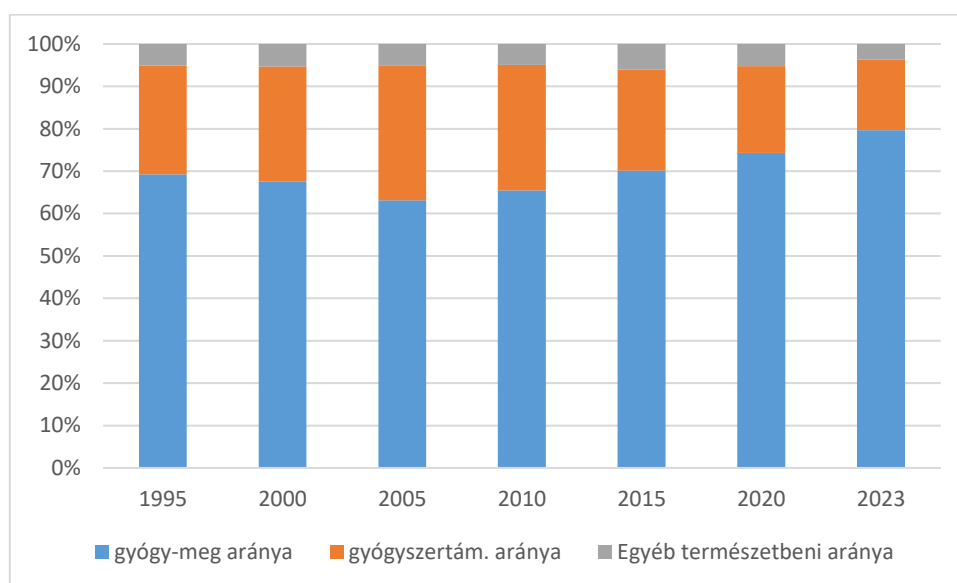
7.2. ábra: Gyógyító-megelőző ellátások aránya a természetbeni ellátásokhoz és az E. Alaphoz viszonyítva 1995-2023 (%)



Forrás: Szerzők

A diagramon látható, hogy a GYM kassza, ha nem is konzisztensen, de trendszerűen egyre nagyobb teret hódít, mind az E. Alapban, mind a természetbeni ellátásokon belül. A természetbeni ellátásoknak sokáig kb. 60-70%-át adta a GYM kassza, ám mára ez megközelíti a 80%-ot is, melynek oka, hogy a többi természetbeni ellátás közel sem kapott annyi plusz finanszírozást, mint a GYM kassza. Míg 1995-ről 2025-re a GYM ellátásokra biztosított forrás nominálisan megközelítőleg tizenkétszeresére nőtt, addig a gyógyszer támogatások „csak” a hétszeresére. Az előző két kasszához képest elenyésző finanszírozásban részesülnek, ellenben érdemes megemlíteni a gyógyászati segédeszközök arányát, amely ugyanezen időszakban szintén megközelítőleg hétszeresére, ellenben a gyógyfürdő szolgáltatás csak a kétszeresére nőtt nominálisan (mely inflációval korrigálva jelentős reálérték veszteséget mutat). Jelen arányok részletes elemzésére jelen fejezet nem szolgál, ellenben más, erre specializálódott fejezetek részletesebben elemzik a számok mögötti történeteket. A soron következő diagram ezen arányokat hivatott ismertetni.

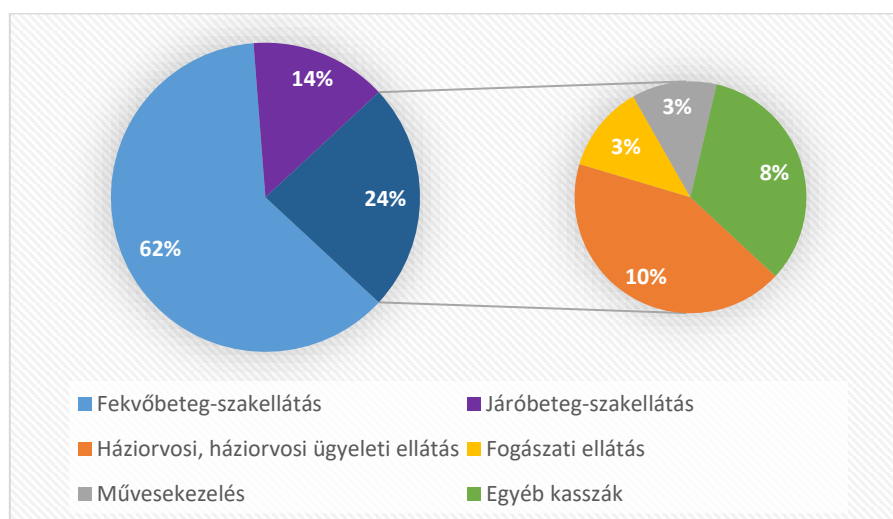
7.3. ábra Természetbeni ellátások alkasszáinak aránya 1995-2023 (%)



Forrás: Szerzők

Az előzmények és a makro adatok ismeretének birtokában jelen jegyzet további betekintést nyújt a GyM ellátások belső szerkezetének megoszlásába. Első kördiagram formájában kerül bemutatásra a GyM ellátások belső struktúrája, 2000-ben, 2010-ben, és 2023-ban (2020-ban a COVID-19 pandémia miatt a számok torzítanak).

7.4. ábra: GYM kasszaszerkezet 2000. (%)

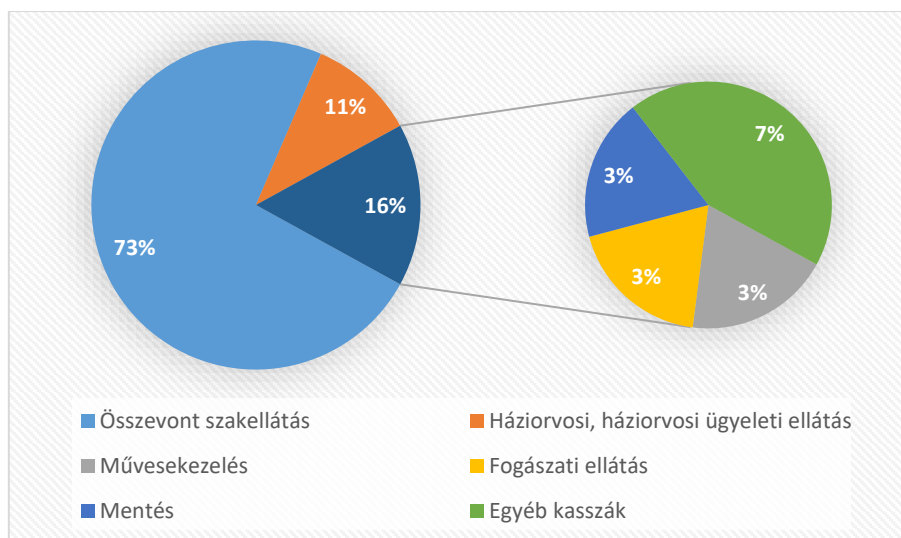


Forrás: Szerzők

Tekintettel arra, hogy a GyM kassza több alkasszából áll, így a kördiagramok átláthatósága érdekében azokon csak az öt, a kifizetés szempontjából legnagyobb súllyal bíró kassza kerül kiemelésre, a többi az „Egyéb kasszák” kategóriában lesz feltüntetve. A

célelőirányzatok jelen számítások részét nem képezik annak okául, hogy ne torzuljon a kasszák aránya.

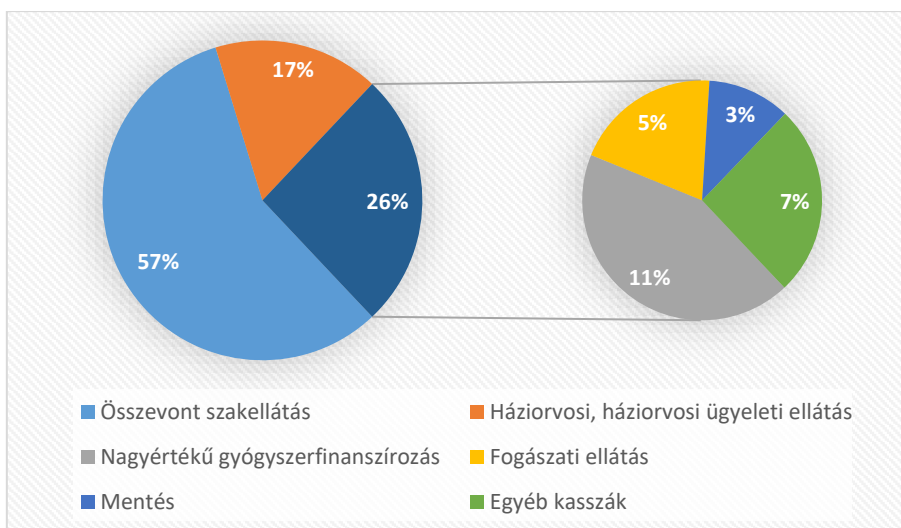
7.5. ábra: GYM kasszaszerkezet 2010. (%)



Forrás: Szerzők

A fenti diagramokon látszik, hogy a GyM ellátások kasszáinak legnagyobb összetevője az Összevont szakellátás, mely magába foglalja a járóbeteg szakellátást, a fekvőbeteg szakellátást, a várólista csökkentést, az extrafinanszírozást, illetve 2018-2020 időszakban a nagyértékű gyógyszerfinanszírozást, és a speciális finanszírozású szakellátást is.

7.6. ábra: GYM kasszaszerkezet 2023. (%)

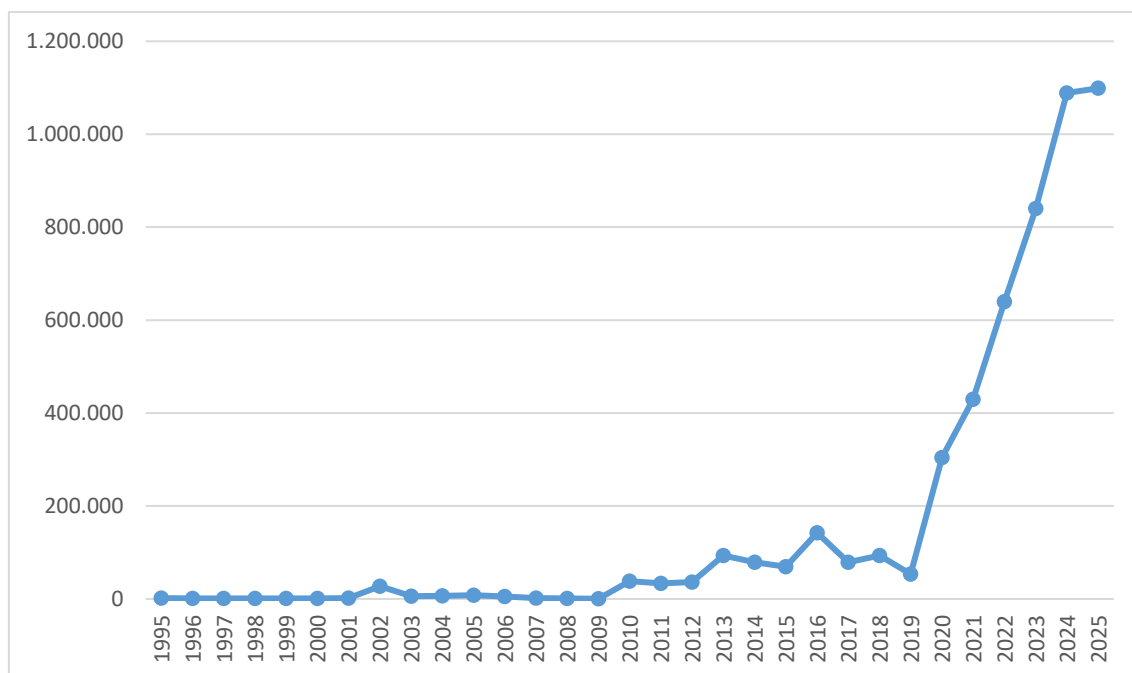


Forrás: Szerzők

Ezek közül a két „legnagyobb” alkassza a járóbeteg és a fekvőbeteg szakellátás, mellyel jelen jegyzet egy-egy terjedelmes fejezet erejéig részletesen foglalkozik. Az utóbbi

években az eddigi elemzésben részt nem vett céllelőirányzat mértéke a korábbi évekhez képest meglehetősen magas volt. A céllelőirányzat a költségvetésben előre meghatározott, konkrét feladathoz vagy programhoz rendelt, elkülönített pénzügyi keret, amely kizárólag a jogszabályban nevesített célra használható fel. A GyM ellátások finanszírozásában tipikusan meghatározott szakpolitikai programok, például várólista-csökkentés vagy nagyértékű gyógyszerprogram finanszírozására szolgál.

7.7. ábra: Céllelőirányzat mértéke 1995-2025 (millió Ft)



Forrás: Szerzők

Szemmel látható, hogy a céllelőirányzatok mértéke az utóbbi években, pontosabban 2020-tól hatalmasat ugrott és folyamatos növekedést mutat, melynek oka az ezen a költségvetési soron nyilvántartott egészségügyi dolgozók béremelésének a fedezete. Érdekesség, hogy az adott tárgyévben az egészségügyi dolgozók béremelésének fedezete nem csak az adott tárgyévet mutatja, hanem a 2018-tól történő béremelés mértékét (pl. 2023-ba ez a sor „Egészségügyi dolgozók 2018-2023. évi béremelésének fedezete” néven futott). Magyarán a többéves béremelési programok költségvetési fedezete kumulatív jellegű, mivel a béremelések beépülnek az alapbérbe, és tartósan növelik a következő évek kiadási szintjét. Ennek következtében a tárgyévi előirányzat nem csupán az adott évben végrehajtott emelés többletét tartalmazza, hanem a korábbi évek bérrendezéseinek teljes, éves hatását is.

7.5. Kontrollkérdések

- a. Miért volt szükség a 43/1999 (III. 3.) Korm. rendeletre? Melyek ennek a Kormányrendeletnek a főbb tartalmi elemei, fejezetei?
- b. Melyek a Gyógyító-megelőző ellátási kasszák főbb csoportjai?
- c. Melyek súlya a legnagyobb az éves költségvetésekben?
- d. Minek a rövidítése az OTF és mely intézmények lettek a jogutódjai?
- e. Hogyan aránylottak a Gyógyító-megelőző ellátások kifizetései az 1990-es, a 2000-es, a 2010-es években az E. Alap természetbeni ellátási kifizetéseihez, és hogyan aránylanak napjainkban a 2020-as évek közepén?
- f. Magyarázza el saját szavaival, mit jelent a TVK és a TÉK!
- g. Mondjon példát Gyógyító-megelőző kasszák szétválására, összeolvadására, új kassza létrehozására, régi kassza megszüntetésére!

7.6. Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
CMI	Case Mix Index – Esetösszetétel index a DRG/HBCs finanszírozásban használják
DRG	Diagnosis-related Groups – az aktív kórházi esetek elszámolási egysége
EGSZ	Egészségügyi Gazdasági Szemle, korábbi egészségügyi szaklap
HBCs	Homogén betegség-csoportok, az aktív kórházi elszámolás egysége
IBR	Irányított betegellátási rendszer
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (2017-), az E. Alap kezelője
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár (1993-2016), az E. Alap kezelője
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet)
OMSZ	Országos Mentőszolgálat, országos hatókörű egészségügyi szolgáltató
ONYF	Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság, a Nyugdíjbiztosítási Alap kezelője
IME	Interdiszciplináris Magyar Egészségügy (Innováció Menedzsment Eü.) folyóirat

TEK	Területi ellátási kötelezettség, egészségügyi szolgáltatók (házi orvosok, szakrendelők, kórházak) számára kijelölt települések listája, ahonnan kötelező a betegeket fogadniuk
TVK, TÉK	Teljesítmény volumen korlát, Teljesítmény Éves Keret
WHO	World Health Organisation

7.7. Ábrajegyzék

7.1. ábra A Gyógyító-megelőző ellátási kasszák körének változásai 1995-2025 időszakában	7
7.2. ábra: Gyógyító-megelőző ellátások aránya a természetbeni ellátásokhoz és az E. Alaphoz viszonyítva 1995-2023 (%).....	13
7.3. ábra Természetbeni ellátások alkasszáinak aránya 1995-2023 (%)	14
7.4. ábra: GYM kasszaszerkezet 2000. (%)	14
7.5. ábra: GYM kasszaszerkezet 2010. (%)	15
7.6. ábra: GYM kasszaszerkezet 2023. (%)	15
7.7. ábra: Célelőirányzat mértéke 1995-2025 (millió Ft)	16

7.8. Hivatkozások

Tudományos publikációk:

- Banai Jolán (2009) Az otthoni szakápolás múltja, jelene és jövője Magyarországon. IME, VIII. évf. 8. szám, 38-42. old.
- Belicza É., Boncz I., Szaszko D., Takács E. (2006) Az OEP járóbeteg szakellátási kassza igénybevételének területi egyenlőtlenségei. IME V. évf. 7., 15-22. old.
- Dózsa Cs., Boncz I., Nagy B. (2003) **Irányított Betegellátási Modell (IBM): a managed care helye a finanszírozási rendszerben, alapelvek és az Amerikai Egyesült Államok példája.** IME II. évf., 4. szám, 15-21. old.
- Dózsa Cs. (2011) **Struktúraváltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgástere a 2000-es években.** IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, X. évfolyam, 2011. április, 3. szám.
- Dózsa Cs., Borcsek B., Tóth J. (2016) Az Európai Unió forrásokból megvalósuló fejlesztések a hazai kórházszektorban, 2007-2015., IME XV. évf. 9. sz. 5-10. old.
- Pál M., Hajdú Zs., Varga Gy., Nagy Zs., Pásztélyi Zs (2007) **A forrásallokációról a járóbeteg szakellátás szemszögéből: értékelés és javaslatok** IME, VI. évf., 2. lapszám.
- Pál M., Bodroghelyi L. (2012) **A járóbeteg-szakellátás szerkezeti és működési sajátosságai, finanszírozási jellemzői.** Intézmények: Dunakeszi Szakorvosi Rendelő, Budavári Önkormányzat Egészségügyi Szolgáltató. XI. évf. 9. szám, 15-18. old.

- Pónusz R., Endrei D., Kovács D. et al. (2019) **Az egynapos sebészeti ellátás igénybevételi mutatóinak elemzése Magyarországon.** Orvosi Hetilap, 160 évf 17 szám, 670-678. old. . <https://doi.org/10.1556/650.2019.31342>
- Pónusz R., Endrei D., Kovács D., Csutak A., Boncz I. (2022) **Az egynapos sebészet helye és szerepe a szürkehályog műtét várólista csökkentésében.** IME, XXII. évf. 4. szám, 3-10. old.
- Orosz É. (2001) **Félúton vagy tévúton. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái.** Kiadó: Egészséges Magyarországért Egyesület.
- Szigeti Szabolcs (2009) **Az egészségbiztosítási járulékpolitika és forrásteremtés nemzetközi összehasonlításban.** EGSZ, 2. szám, 18-22. old.

Jogszabályok:

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.)
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv.)
- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről (Eüfejl.tv.)
- 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 9/1993. (IV.02.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- 11/2011. (III.30.) NEFMI rendelet a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól

7.9. Mellékletek

1. Melléklet A Gyógyító-megelőző ellátási kasszák elnevezése a Kormányrendelet 1999-es kihirdetésekor

Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti szolgálat

- fix összeg
- területi pótlék
- eseti ellátás díjazása
- teljesítménydíjazás
- új praxisok létesítése
- ügyeleti szolgálat

2. Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem

- iskola-egészségügyi ellátás
- védőnői szolgálat
- anya-, gyermek-, csecsemővédelem
- gyermekgyógy. MSZ.SZ
- nőgyógy. MSZ.SZ

3. Fogászati ellátás

4. Gondozóintézeti gondozás

- nemibeteg-gondozás
- tüdőgondozás

- ideggyógy. Gondozás
- onkológiai gondozás
- alkohol- és drogbetegek ellátása

5. Betegszállítás és halottszállítás orvosi rendelvényre

6. Járóbeteg-szakrendelés + szakambulancia

- Egyéb

7. CT, MRI

8. Művesekezelés

9. Házi szakápolás

10. Fekvőbeteg-szakellátás

- aktív fekvőbeteg-ellátás
- speciális finanszírozású feladat
- krónikus fekvőbeteg-ellátás
- kórházi ügyeleti díj kiegészítése

11. Működési költség előleg

12. Felmentéssel, végkielégítéssel járó kiadások

13. Célelőirányzatok

- vény
- felülvizsgáló orvosok díja
- méltányossági térítések
- megelőzés

2. Melléklet Kassák elnevezése és változásai

Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás Indikátor rendszer finanszírozása 2018.01.01-

Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás Háziorvosi, szakdolgozói bértámogatás 2021.01.01-

Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás Háziorvosi szolgáltató számára az egészségügyi államigazgatási szerv által szabad- vagy munkaszüneti napra elrendelt alapellátási tevékenység támogatása 2021.02.28-2021.12.31, 2022.03.03-2022.12.31

Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás Praxistámogatás 2023.11.18-

Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem Iskolaegészségügyi ellátás bértámogatás 2021.05.27-

Fogászati ellátás Praxisfinanszírozás 2021.02.15-

Fogászati ellátás Fogorvosi, szakdolgozói bértámogatás 2021.02.15-

Fogászati ellátás Indikátorrendszer finanszírozás 2023.01.01-

Fogászati ellátás Praxistámogatás 2023.09.15-2023.09.30, 2023.11.18-

Célelőirányzatok Tervezett külföldi ellátások orvosi felülvizsgálata 2014.01.01-

Célelőirányzatok Tartósan betöltetlen háziorvosi körzetek betöltésének, valamint háziorvosi szolgálatok együttműködésének támogatása 2014.02.25-

Célelőirányzat Fiatal szakorvosok támogatása 2016.01.01-

Célelőirányzatok Az egészségügyi dolgozók pénzellátást helyettesítő jövedelemkiegészítése 2013.04.27-

Célelőirányzatok Adósságkonszolidáció támogatása 2010.12.04.-2010.12.31-ig

Célelőirányzatok Adósságkonszolidáció támogatása 2011.12.29-2011.12.31-ig

Célelőirányzatok Egyéb adósságkonszolidációs támogatás 2011.12.29-2011.12.31-ig

Célelőirányzatok Adósságkonszolidáció támogatása 2013.11.20-2013.12.31

Célelőirányzatok Onkológiai gyógyszerek áremelkedése miatti kompenzáció 2011.12.14-től 2011.12.31-ig

Célelőirányzatok Visszamenőleges, illetve folyamatos illetmény és bérnövelésre szolgáló fedezet 2012.07.15-től 2012.12.31-ig

Célelőirányzatok Az intézmények állami tulajdonba vételével és a struktúraátalakítással kapcsolatosan felmerülő költségek egyszeri támogatására szolgáló fedezet 2012.10.02-2012.12.31

Célelőirányzatok A 2012. évi illetmény- és bérnövelés 2013. évi fedezete 2013.01.01-2013.12.31

Célelőirányzatok Egészségügyi dolgozók béremelésének fedezete 2013.07.15-2017.12.31

Célelőirányzat Egészségügyi dolgozók 2016. évi béremelésének fedezete 2016.08.17-2016.12.31

Célelőirányzat Egészségügyi dolgozók 2017. november havi béremelésének fedezete 2017.01.01-2017.12.31

Célelőirányzat Egészségügyi dolgozók 2018. november havi béremelésének fedezete 2018.01.01-2018.01.31

Célelőirányzat Egészségügyi dolgozók 2018. évi béremelésének fedezete 2018.02.01-2018.12.31

Célelőirányzat Egészségügyi dolgozók 2018évi béremelésének fedezete 2019.01.01-2019.11.28

Célelőirányzat Egészségügyi dolgozók 2019. évi béremelésének fedezete 2019.01.01-2019.11.28

Célelőirányzatok Egészségügyi dolgozók 2018-2019. évi béremelésének fedezete 2019.11.29-2019.12.31

Célelőirányzatok Egészségügyi dolgozók 2018-2020. évi béremelésének fedezete 2020.01.01-2020.12.31

Célelőirányzatok Egészségügyi dolgozók 2018-2021. évi béremelésének fedezete 2021.01.01-2021.12.31

Célelőirányzatok Egészségügyi dolgozók 2018-2022. évi béremelésének fedezete 2022.01.01-2022.12.31

Célelőirányzatok Egészségügyi dolgozók 2018-2023. évi béremelésének fedezete 2023.01.01-2023.12.31

Célelőirányzatok Egyes egészségügyi intézmények egészségügyi dolgozóinak kereset-kiegészítése 2013.07.15-2013.12.31

Célelőirányzatok Működési támogatás 2014.07.26-2014.12.31, 2016.12.03-2016.12.31, 2020.06.13-2020.12.31, 2021.12.23-2021.12.31, 2022.12.14-2022.12.31, 2023.11.18-2023.12.31

Célelőirányzatok Működési és egyéb támogatás 2017.11.30-2017.12.31

Célelőirányzatok Működési és ösztönző támogatás 2018.12.14-2018.12.31

Célelőirányzat Egészségügyi dolgozók bérkiegészítése 2015.07.03-2015.12.31

Célelőirányzatok Egészségügyi dolgozók fix összegű bérkiegészítésének, béremelésének fedezete 2017.01.01-

Célelőirányzat 2020. évi egyszeri rendkívüli juttatás fedezete 2020.06.13-2020.12.31

Célelőirányzat Egészségügyi dolgozók mozgóbér elemeinek támogatása 2016.01.01-2016.12.31

Összevont szakellátás Rendkívüli kiadások 2010.05.19. - 2010.12.31-ig

Összevont szakellátás Várólista csökkentése és egyéb szakmapolitikai célok fedezete 2015.01.01-2016.12.31

Összevont szakellátás Várólista csökkentése 2017.01.01-

Összevont szakellátás Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás 2017.01.01-2020.12.31

Összevont szakellátás Molekuláris diagnosztikai (PCR) ellátás 2020.01.01-

Összevont szakellátás Koronavírus járvánnyal kapcsolatos diagnosztika és ellátás 2020.12.05-2021.12.31

Összevont szakellátás Koronavírus járvánnyal kapcsolatos diagnosztika és ellátás 2022.03.03-2022.12.31

Összevont szakellátás Működési költségelőleg 2021.01.01-

Összevont szakellátás Népegészségügy fejlesztése 2021.01.01-

Összevont szakellátás Kódkarbantartás 2022.01.01-2022.12.31

Összevont szakellátás 2022. évi többletkapacitás befogadás fedezete 2022.01.01-2022.12.31

Összevont szakellátás Járóbeteg szakrendelő számára a szakrendelési időn túli és hétvégi időszakra eső oltási tevékenységének fedezete 2022.03.03-2022.12.31

Összevont szakellátás 2023. évi többletkapacitás befogadás fedezete 2023.01.01-2023.12.31

21. Gyógyító-megelőző ellátás céltartaléka 2010.01.01-2010.12.31, 2014.01.01-

4. Gondozóintézeti gondozás 2011.12.31-ig

22. Háziiorvosi ellátórendszer megújításának I. üteme 2015.01.01-2015.12.31

20. Háziiorvosi ellátás fejlesztése 2018.01.01-2018.12.31

- 23. Alapellátás megújításának II. üteme 2016.01.01-2016.12.31
- 20. Alapellátás és népegészségügy fejlesztése 2017.01.01-2017.12.31
- 20. Alapellátás fejlesztése 2020.01.01-2020.12.31
- 19. Népegészségügy fejlesztése 2018.01.01-2020.12.31
- 22. (2020-ban) 13. (2021-ben) Finanszírozási rendszer átalakítása 2020.01.01-2021.12.31
- 14. Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás 2017.01.01-

8 Alapellátás - háziiorvosi és védőnői ellátások

Szerzők: Túri Gergő, Salai Márton József, Dózsa Csaba László

Tartalom

8	Alapellátás - háziiorvosi és védőnői ellátások	0
8.1	Bevezetés	1
8.2	Az alapellátás jogszabályi háttere.....	1
8.3	Az alapellátás finanszírozása, makró adatainak főbb változásai	4
8.3.1	A háziiorvosi praxisok finanszírozása 1990-2024 között.....	4
8.3.2	Az alapellátásban működő, közfinanszírozott fogorvosi praxisok finanszírozása 1990-2024 között.....	7
8.3.3	A háziiorvosi ellátáshoz kapcsolódó betegforgalom tendenciái 1995-2024 között	7
8.3.4	Az alapellátás és egyes kapcsolódó szakterületeinek finanszírozási trendjei 1995-2023 között.....	11
8.4	Az alapellátás fejlesztését célzó jelentősebb szakpolitikai intézkedések	14
8.4.1	Irányított Betegellátási Rendszer	14
8.4.2	Egészségfejlesztési Irodák	15
8.4.3	Egészségtervezés	17
8.4.4	EESZT- Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér	18
8.5	Az alapellátás kitörési pontjai, további fejlesztési irányai	19
8.5.1	Háziiorvosi praxisközösségi programok Magyarországon.....	19
8.5.2	POCT vizsgálatok széleskörű alkalmazása az alapellátásban	23
8.5.3	A telemedicina lehetséges alkalmazási területei az alapellátásban	25
8.5.4	Fogorvosi praxisközösségek.....	28
8.6	A védőnői ellátás	30
8.7	Összefoglaló: 34 év időszakának főbb fázisai	31
8.8	Kontrollkérdések	32
8.9	Kulcsfogalmak és rövidítések.....	33
8.10	Ábra és táblázatjegyzék	34
8.11	Hivatkozások	34

8.1 Bevezetés

Az egészségügyi ellátórendszer szervezeti és finanszírozási struktúrája több szintből épül fel, az ellátórendszeren belül több alrendszer, úgynevezett „kassza” helyezkedik el, melyek közül jelen jegyzet talán a legalapvetőbb egészségügyi ellátással foglalkozik, az alapellátási kasszát kívánja bemutatni. Az alapellátás a magyar jogrendszerben a gyógyító-megelőző ellátások kategóriájába sorolható, ezen felül a természetbeni ellátások része, mely ellátások finanszírozása az Egészségbiztosítási Alapból (E. Alap) történik. Ez a szerkezet biztosítja, hogy az alapellátás (illetve más egyéb gyógyító-megelőző ellátás is) minden biztosított számára hozzáférhető, az állam által garantált és közpénzből fedezett szolgáltatás legyen. Az alapellátás szervezeti keretei több szolgáltatási formából épülnek fel, ide tartozik többek között a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás, amely az egészségügyi rendszer első kapcsolattartási pontja a biztosított és az egészségügy között, illetve az alapellátás része a védőnői szolgálat is, amely különösen a gyermekgondozásban, az anyák és várandósok gondozásában, illetve az iskolai egészségnevelésben játszik szerepet (Semánová et al, 2019). Az alapellátás biztosítja továbbá az egészségügyi ügyeleti rendszer működését, amely az alapellátási szolgáltatásokhoz való folyamatos hozzáférést hivatott biztosítani a rendelési időn kívül. Mindezek együttesen alkotják azt az ellátási szintet, amely a lakosság egészének legkönnyebben elérhető, földrajzilag és funkcionálisan legközelebbi egészségügyi szolgáltatása.

8.2 Az alapellátás jogszabályi háttere

Az egészségügyi ellátórendszer alapvető funkcionális pillére Magyarországon az alapellátás, amelynek kereteit két fő jogszabály határozza meg: egyrészt a 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról (Eatv.), másrészt a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. A két szabályozás szorosan összekapcsolódik: míg az előbbi a tartalmi, szervezeti és működési kereteket rögzíti, addig az utóbbi a finanszírozás konkrét rendjét szabályozza, biztosítva ezzel az alapellátás működésének anyagi hátterét. Az Eatv. elsőként rendszerezetten foglalta törvényi szintre az alapellátás fogalmát és feladatait (Nemzeti Jogszabálytár, 2015).

A törvény 1. § (1) bekezdése szerint az alapellátás célja a lakosság hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásának biztosítása, amely minden biztosított számára – nemre, korra és betegség jellegére tekintet nélkül – hozzáférhető. A törvény a települési önkormányzat felelősségét bemutató fejezet 5. § (1) bekezdése alapján ismerteti az alapellátás formáit, ide tartozik a háziorvosi és házi gyermekorvosi ellátás, a fogorvosi alapellátás és annak ügyeleti rendszere, valamint az iskola-egészségügyi szolgálat, továbbá kimondja, hogy a települési önkormányzat köteles gondoskodni e szolgáltatások biztosításáról. A védőnői szolgálat 2023. július 1-jétől ugyanakkor már nem az önkormányzatokhoz tartozik, erre a változásra a törvény későbbi módosításai térnek ki az Eatv. 6.§-ában. A jogforrás további paragrafusai az 5-9. bekezdésben részletezik a törvény hatálya alá tartozó ellátásokat, ezek a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás és a fogorvosi alapellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás, az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás, illetve a foglalkozás-egészségügyi alapellátás. Mindezek tartalmi keretei azonban önmagukban nem elegendők, az alapellátás tényleges működését és fenntarthatóságát a finanszírozási mechanizmusok biztosítják, ezt szabályozza a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet, amely az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozás részletes szabályait fekteti le (Nemzeti Jogszabálytár, 1993). A rendelet 1. §-a rögzíti, hogy a rendelet hatálya kiterjed minden olyan egészségügyi szolgáltatóra, amely az Egészségbiztosítási Alappal szerződéses viszonyban áll. Az alapellátás finanszírozásának részletes szabályait a rendelet 7-21. §-a részletezi, mely paragrafusokban külön részletezi a háziorvosi ellátásra, a védőnői ellátásra, illetve az iskolai egészségügyi ellátásra vonatkozó szabályokat. Külön érdekesség, hogy az Eatv.-vel ellentétben a Finanszírozási rendelet külön kezeli az alapellátástól a fogászati ellátást.

A két szabályozás tehát egymást kiegészítve működik: a 2015. évi CXXIII. törvény meghatározza az alapellátás szervezeti és szakmai kereteit (1–10. §), biztosítva, hogy az ellátás minden biztosított számára hozzáférhető legyen, míg a 43/1999. Korm. rendelet részletezi, hogy mindez milyen pénzügyi mechanizmusokon keresztül valósul meg (10–19. §, mellékletek). Együttesen alkotják azt a jogi és gazdasági keretrendszert, amely lehetővé teszi az alapellátás folyamatos, biztonságos és a lakosság számára kiszámítható működését.

A háziiorvosi praxisok működtetése szempontjából ugyancsak fontos jogszabály az 1997. évi LXXXIII. törvény, ami a háziiorvosi ellátás keretében tételesen meghatározza a biztosított jogosultságait és az igénybevétel feltételeit (Nemzeti Jogszabálytár, 1997). A háziiorvosi szolgáltatások körébe tartozik többek között az egészséges életmódot támogató tanácsadás és az egészségi állapot folyamatos követése; betegség esetén a rendelőben, vagy otthon végzett orvosi vizsgálat és gyógykezelés; a háziorvos által kezdeményezett, otthon történő szakorvosi vizsgálat és vélemény; krónikus betegek gondozása, életvezetési tanácsadás és a szükséges diagnosztikus-terápiás eszközök használatának betanítása; az alapellátás keretében végzett szakápolás háziiorvosi rendelésre; továbbá a keresőképesség elbírálása és meghatározott orvos-szakértői vizsgálatok. E szolgáltatások a háziorvosnál vehetők igénybe, ennek hiányában annál a finanszírozott szolgáltatónál, amelynek ellátási területén a biztosított tartózkodási helye van. A megelőzést és korai felismerést célzó ellátások igénybevételének gyakoriságát miniszteri rendelet határozza meg, és azok a biztosított kezdeményezésére, a háziorvos beutalására vagy a szűrés szervező népegészségügyi szervezet értesítésére vehetők igénybe. Mindezek mellett, az 1997. évi LXXXIII törvény a háziiorvosi ellátás kapuőri szerepéhez illeszkedve rendezi a beutalási rendet és a hozzáférés garanciáit is. A járóbeteg-szakellátás főszabály szerint beutalóhoz kötött, amelyet a háziorvos, mint beutaló orvos kiállíthat. A háziiorvosi infrastruktúra fejlesztését a törvény azzal is támogatja, hogy felhatalmazza az egészségbiztosítót, hogy támogatást nyújthat a betegellátást szolgáló eszközök beszerzéséhez az alapellátási vállalkozások részére.

A 2000. évi II. törvény alapján önálló orvosi tevékenységnek minősül a területi ellátási kötelezettség körében a háziorvos által nyújtott ellátás (Nemzeti Jogszabálytár, 2000). A törvény meghatározta a praxisjog fogalmát is, amely a praxiskezelő határozatában meghatározott körzetre, területi ellátási kötelezettséggel folytatható önálló tevékenységre jogosít. A háziiorvosi tevékenység főszabályként személyesen, a praxiskezelő által megállapított körzetben gyakorolható. A praxisjog a 2000. évi II. törvény értelmezésében személyhez kapcsolódó, vagyoni értékű jog, ami elidegeníthető és folytatható. A praxisjog azonban nem adható bérbe vagy haszonbérbe, gyakorlásának joga nem ruházható át. A törvény a tartósan betöltetlen körzetek ellátásbiztonságát is nevesíti (Praxisprogram). A praxisjog elidegenítésének és folytatásának eljárási szabályai szerint az érintett orvos a szándékát a Praxiskezelőnek (OKFŐ) és a települési önkormányzatnak bejelenti.

Az önkormányzat feladatellátási szerződéssel kapcsolódik a praxisjoghoz, és meghatározott határidők mellett nyilatkozik a szerződéskötési szándékról. A feladatellátási szerződés kötelező tartalmi elemeit a törvény részletezi.

A háziiorvosi alapellátásra kötelező szakmai minimumfeltételeket állapította meg a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet (Nemzeti Jogszabálytár, 2003). E minimumfeltételeket a működési engedély kiadásakor és a működés teljes időtartama alatt folyamatosan biztosítani kell. A rendelet az általános és a szakmaspecifikus követelményeket elkülöníti. Az 1. melléklet az egészségügyi szakmáktól független általános minimumokat rögzíti, míg a 2. melléklet a szakmák (így az alapellátás) tevékenységeihez szükséges személyi és tárgyi minimumokat tartalmazza, kiegészítve azzal a szabállyal, hogy a diagnosztikus háttér más szolgáltatóval kötött szerződéssel is biztosítható. A rendelet 3. melléklete az ápolói és más egészségügyi szakdolgozói személyi minimumokat írja elő. A rendelet előírja a háziiorvosi rendelőre vonatkozó általános infrastrukturális követelményeket és tárgyi feltételeket, valamint azok szakszerű tárolását. A szakmai minimumok teljesülését az egészségügyi hatóság ellenőrzi, és a szolgáltatóknál belső minőségirányítás működtetését írja elő.

Az alapellátás működését mindezekon kívül jelentősen meghatározza még a „39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról”, továbbá az „53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet a praxisközösségekről”, illetve a „83/2022. (XII. 30.) BM rendelet a háziorvosok és fogorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről”, melyekről a későbbi fejezetekben részletesebb leírás olvasható.

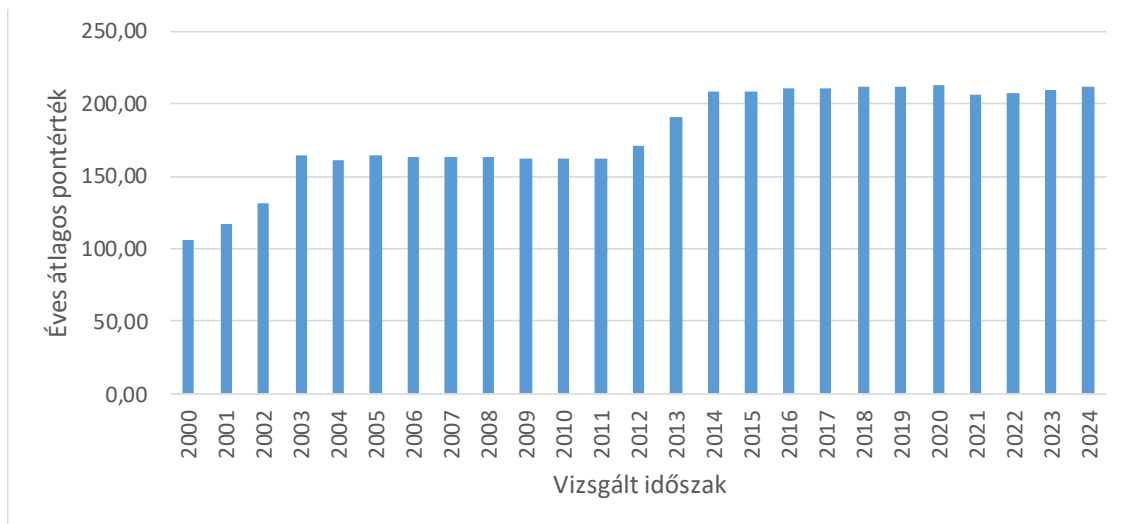
8.3 Az alapellátás finanszírozása, makró adatainak főbb változásai

8.3.1 A háziiorvosi praxisok finanszírozása 1990-2024 között

1992-től az önkormányzatok feladata, hogy biztosítsák a lakossága számára a különböző alapellátási szolgáltatások, köztük a háziiorvosi, házi gyermekorvosi szolgáltatásokat. Az alapellátás háziiorvosi finanszírozásának gerincét 1999 óta a fejkvóta-alapú (korcsoportonkénti pontszámokra épülő) praxisfinanszírozás adja (Dózsa, 2005). A NEAK a háziiorvosi szolgálatokkal szerződik, a díjazás alapja a bejelentkezett biztosítottak korcsoportonkénti pontszáma, amelyet degressziós tényező és szakképzettségi szorzó módosít, a részletes számítási rendet és minimum körzeti létszámokat a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet rögzíti (Balogh, 2019).

A jogszabály a degresszió alóli mentesség eseteit, a korcsoportos pontértékek érvényességi idejét, valamint az eseti ellátás elszámolását is meghatározza. Lényeges, hogy a minőségi ellátás ösztönzésére a finanszírozó havonta értékeli a gyógyító-megelőző feladatok teljesítését is, és ennek részeként a fejkvóta díj megállapítását összekapcsolja a dokumentált szolgáltatásokkal és az előírt feladatok ellátásával. A háziiorvosi fejkvóta értékek alakulását az alábbi grafikon mutatja be 2000-től.

8.1. ábra A háziiorvosi fejkvóta díjak alakulás éves bontásban 2000-2024 (pontérték)



Forrás: Szerzők, NEAK adatok alapján

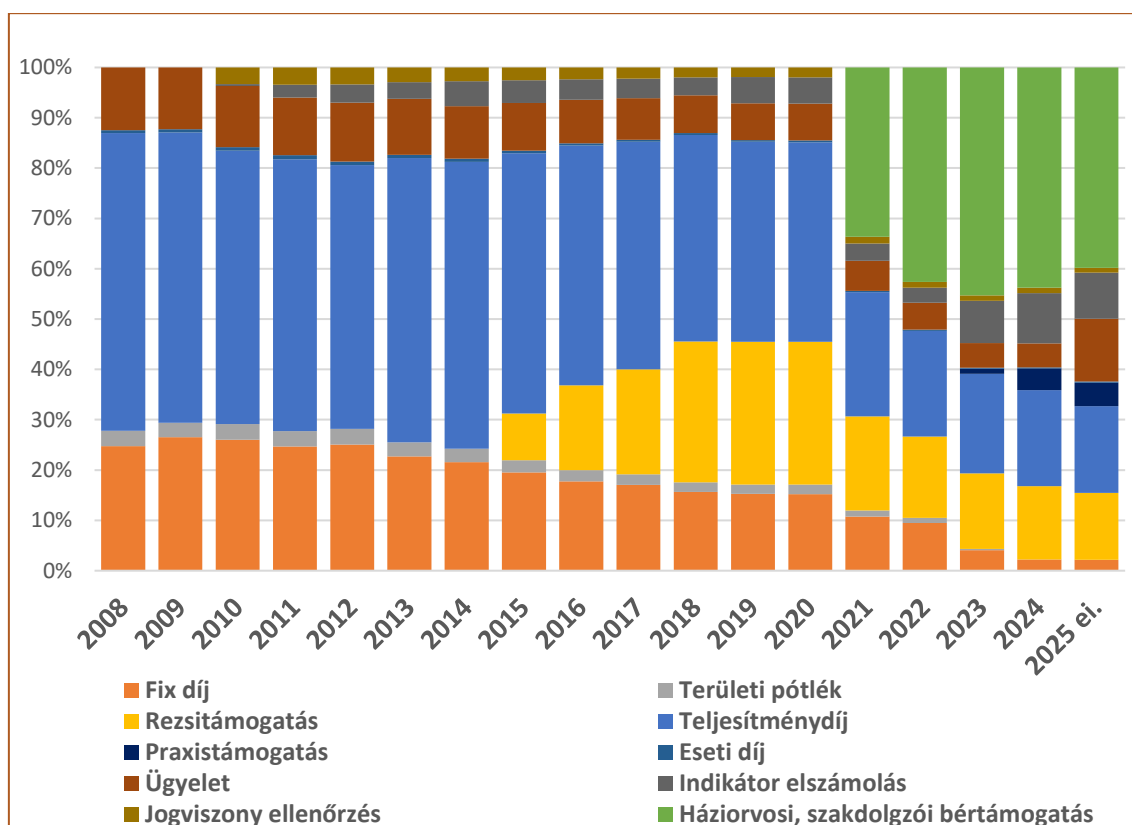
A fejkvóta mellé több, célzott kiegészítés társul. A területi ellátási kötelezettséggel működő szolgálatok havi rezsitámogatásra jogosultak, továbbá a „kedvezményezett településeken” külön területi kiegészítő díj jár. Új körzet létesítésekor, illetve tartósan betöltetlen praxisok átmeneti ellátásakor ideiglenes kompenzációs szabályok érvényesek. Ezeket a kiegészítő elemeket úgy, mint a rezsikompenzáció folyósításának módját, a kedvezményezett települések szerinti jogosultságot és a betöltetlen körzetek finanszírozását a finanszírozási rendelet részletezi. A kedvezményezett település kategóriát a 105/2015. (IV. 23.) Korm. rendelet definiálja. Az alábbi 1. ábra mutatja be, hogy 2008 óta évről évre 2005-ig milyen belső arányt mutattak az egyes támogatási kategóriák (fejkvóta, fix díjak, rezsitámogatás stb.) beleszámolva az ügyeleti ellátást és a későbbi évek bértámogatását is.

Az ügyeleti ellátás finanszírozása elkülönül a praxisfinanszírozástól. A NEAK az alapellátási (háziiorvosi, házi gyermekorvosi) ügyeleti feladatokra az állami mentőszolgálattal köt szerződést. A díjazás alapja egy per capita összeg, amelyet a

szolgáltatási terület lakosságszámától függő területi szorzók módosítanak. Központi ügyelet esetén további százalékos korrekció érvényes.

A 2021-től létrejött praxisközösségekhez csatlakozott háziiorvosi praxisok többletfinanszírozásban részesülnek. A többletfinanszírozás mértékét befolyásolja a praxisközösséghez csatlakozott orvos és szakdolgozó gyakorlati ideje (sávos rendszerben), valamint a heti foglalkoztatási ideje. A többlettámogatás meghatározott részét kötelező bérkifizetésre fordítani.

8.2. ábra Háziiorvosi finanszírozás elemei ügyeleti ellátással 2008 – 2025 (%)



Forrás: Szerzők, NEAK adatok alapján

A teljesítményértékelésen alapuló díjazás 2023-tól új, egységes jogi keretet kapott a 83/2022. (XII. 30.) BM rendelettel. A NEAK módszertani útmutatója a felnőtt/vegyes praxisokban 12, a gyermek praxisokban 10 indikátort értékel (összesen 24 pont gyűjthető). A havi kifizetés a teljes országos pontszám és az elkülönített keret hányadosából képzett pont értékek szerint történik (NEAK, 2023).

8.3.2 Az alapellátásban működő, közfinanszírozott fogorvosi praxisok finanszírozása 1990-2024 között

1992-től 2019-ig a közfinanszírozott alapellátó fogászati praxisok díjazása két alapelemre épült. Az egyik egy havi, fix összegű – bázisjellegű – térítés volt, amely a praxis ellátási területének lakosságszámát és korstruktúráját vette figyelembe (Sztrilich et al, 2025).

A másik pillért a teljesítményalapú finanszírozás jelentette: ennek mértékét a praxis által jelentett ellátások darabszáma és az egyes eljárásokhoz a NEAK által rendelt érték határozta meg. A teljesítményszámolásnál többek között szabályozták az egyes ellátástípusokra fordítandó minimális időket is. A finanszírozás kisebb hányadát rezsi- és bértámogatások, valamint – a kedvezőtlenebb helyzetű településeken működő rendelők számára – kiegészítő térítések adták. A COVID-19 járvány időszakában, 2020 és 2022 között a közfinanszírozott fogászati alapellátás díjazása átlagfinanszírozásra állt át: a kifizetéseket a korábbi évek fix és átlagos teljesítménydíjainak figyelembevételével határozták meg (Sztrilich et al, 2025).

2023-tól új finanszírozási rendszer lépett életbe a közfinanszírozott fogorvosi alapellátásban. Megszűnt a lakosságszám- és korösszetétel-alapú havi fix (bázis) díj, és az erre fordított költségkeretet a teljesítményfinanszírozásban elszámolható beavatkozások értékének növelésére csoportosították át, vagyis a jelentett teljesítmény súlya erősödött. Az egyes ellátásokhoz kapcsolódó minimális időkereteket átlagosan 10%-kal emelték. Emellett indikátorrendszer indult: praxisonként vizsgálják például a szűrővizsgálatokon megjelentek arányát, valamint azt, hogy meghatározott időn belül egy tömést milyen gyakran követ foghúzás vagy újratömés. Az adott mutatókban az átlagnál jobb eredményt elérő praxisok a NEAK-tól további díjazásban részesülnek.

8.3.3 A háziiorvosi ellátáshoz kapcsolódó betegforgalom tendenciái 1995-2024 között

A jelen fejezetben vizsgált időszak (1995-2024) között folyamatosan csökkenő tendencia volt megfigyelhető a háziiorvosok számában, míg a legmagasabb számban 1998-ban (5210 fő), a legalacsonyabb számban 2024-ben (4216 fő) volt a KSH adatbázisa szerint (1. táblázat). A háziiorvoshoz bejelentkezettek számában nem azonosítható egyértelmű tendencia, ami 8,79 és 8,49 millió fő között mozgott a vizsgált időszakban. Az egy háziiorvosra jutó bejelentkezett lakosok száma azonban folyamatosan növekedett az 1195. évi 1752 főről 2048 főre 2024. évben. Az összesített éves betegforgalom 49 és 62 között mozgott a vizsgált időszakban, jellemzően emelkedő tendencia volt megfigyelhető. Amíg 1995-ben a rendelőn kívüli ellátások a betegforgalom 11%-át tették ki, addig 2024-ben

már csak a 0,7%-át. A 2020. évtől elérhető telemedicina keretében megvalósult betegforgalom jellemzően a betegforgalom 15-17%-át jelentette 2020-2024 években.

8.1. táblázat A háziorvosi ellátás fontosabb jellemzői 1995-2024

Év	Háziorvosok száma	Háziorvoshoz bejelentkezettek, ezer	Egy háziorvosra jutó bejelentkezett lakos	Betegforgalom: a rendelőben ellátott esetek (ezer fő)	Betegforgalom: a rendelőn kívüli ellátások (ezer fő)	Betegforgalom: telemedicina ellátás (ezer fő)	Betegforgalom összesen (ezer fő)
1995	5 011	8 778	1 752	43 812	5 614	–	49 426
1996	5 086	8 792	1 729	43 565	5 593	–	49 159
1997	5 157	8 765	1 700	43 983	5 540	–	49 523
1998	5 210	8 744	1 678	45 207	5 470	–	50 677
1999	5 178	8 473	1 636	47 166	5 721	–	52 887
2000	5 159	8 497	1 647	47 593	5 574	–	53 167
2001	5 133	8 504	1 657	48 401	5 312	–	53 712
2002	5 125	8 564	1 671	49 577	5 070	–	54 646
2003	5 106	8 576	1 680	50 919	5 054	–	55 973
2004	5 046	8 623	1 709	52 448	4 835	–	57 283
2005	5 018	8 616	1 717	54 291	4 659	–	58 950
2006	5 002	8 667	1 733	57 391	4 207	–	61 598
2007	4 969	8 666	1 744	48 370	2 904	–	51 274
2008	5 001	8 689	1 737	50 661	2 955	–	53 616
2009	4 971	8 640	1 738	55 030	2 933	–	57 963
2010	4 926	8 594	1 745	54 404	2 898	–	57 302
2011	4 926	8 650	1 756	54 819	2 695	–	57 514
2012	4 903	8 704	1 775	55 097	2 506	–	57 602
2013	4 855	8 681	1 788	55 104	2 258	–	57 362
2014	4 850	8 715	1 797	54 875	1 979	–	56 855

2015	4 817	8 745	1 815	55 459	1 731	–	57 190
2016	4 755	8 710	1 832	55 348	1 594	–	56 942
2017	4 747	8 724	1 838	54 982	1 402	–	56 384
2018	4 677	8 757	1 872	54 688	1 236	–	55 924
2019	4 629	8 750	1 890	54 613	1 093	–	55 706
2020	4 536	8 749	1 929	53 817	763	..	54 581
2021	4 473	8 762	1 959	51 370	549	10 862	62 781
2022	4 427	8 691	1 963	49 126	507	10 804	60 438
2023	4 305	8 618	2 002	49 378	473	9 610	59 462
2024	4 216	8 635	2 048	48 502	443	10 142	59 087

Forrás: Szerzők, KSH adatok alapján

Az egy háziorvosra jutót betegforgalom az 1995. évi 9864 esetről 13 868 esetre nőtt 2024-re. Az esetek ellátásának helyszíne szempontjából hasonló tendenciák voltak megfigyelhetők, ami szerint 2024-ben a páciensek 82%-át a rendelőben, 17%-át telemedicina keretébe, és mindössze 1%-át látta el a rendelőn kívül egy háziorvos (2. táblázat). Amíg a szakrendelésre irányítások számában inkább emelkedő tendencia figyelhető meg 1995 és 2024 között, addig a kórházba utalások számában csak 1995 és 2011 között azonosítható emelkedő tendencia, ezt követően csökkenő tendencia látható. Az ezer bejelentkezett lakosra jutó betegforgalom esetében nem figyelhető meg egyértelmű tendencia, a vizsgált időszakban 5630 és 7165 között mozgott a betegforgalom.

8.2. táblázat Egy háziorvosra jutó évi betegforgalom a fontosabb ellátási kategóriák szerint, 1995-2024

Év	A rendelőben ellátott esetek száma	A rendelőn kívüli ellátott esetek száma	Telemedicina ellátások száma	Összesen	Ebből:	Szakrendelésre irányítások száma	Kórházba utalások száma	Ezer bejelentkezett lakosra jutó betegforgalom
1995	8 743	1 120	–	9 864		867	53	5 630
1996	8 566	1 100	–	9 665		893	54	5 591

1997	8 529	1 074	–	9 603	990	60	5 650
1998	8 677	1 050	–	9 727	1 077	68	5 796
1999	9 109	1 105	–	10 214	1 165	67	6 242
2000	9 208	1 078	–	10 287	1 249	69	6 257
2001	9 405	1 032	–	10 438	1 292	69	6 316
2002	9 666	988	–	10 654	1 370	72	6 381
2003	9 954	987	–	10 942	1 450	75	6 527
2004	10 332	953	–	11 285	1 565	82	6 643
2005	10 789	926	–	11 715	1 665	83	6 842
2006	11 455	840	–	12 295	1 826	87	7 107
2007	9 702	583	–	10 285	2 005	84	5 916
2008	10 163	593	–	10 755	2 212	87	6 171
2009	11 037	588	–	11 625	2 230	80	6 709
2010	10 994	586	–	11 580	2 255	84	6 668
2011	11 129	547	–	11 676	2 279	92	6 649
2012	11 211	510	–	11 721	2 244	91	6 618
2013	11 294	463	–	11 757	2 341	83	6 608
2014	11 309	408	–	11 717	2 353	84	6 524
2015	11 474	358	–	11 832	2 393	78	6 540
2016	11 565	333	–	11 898	2 469	76	6 538
2017	11 573	295	–	11 868	2 449	79	6 463
2018	11 606	262	–	11 868	2 459	80	6 386
2019	11 737	235	–	11 972	2 499	79	6 367
2020	11 744	167	–	11 911	1 852	61	6 238
2021	11 404	122	2 411	13 937	2 043	58	7 165
2022	11 040	114	2 428	13 581	2 266	61	6 953

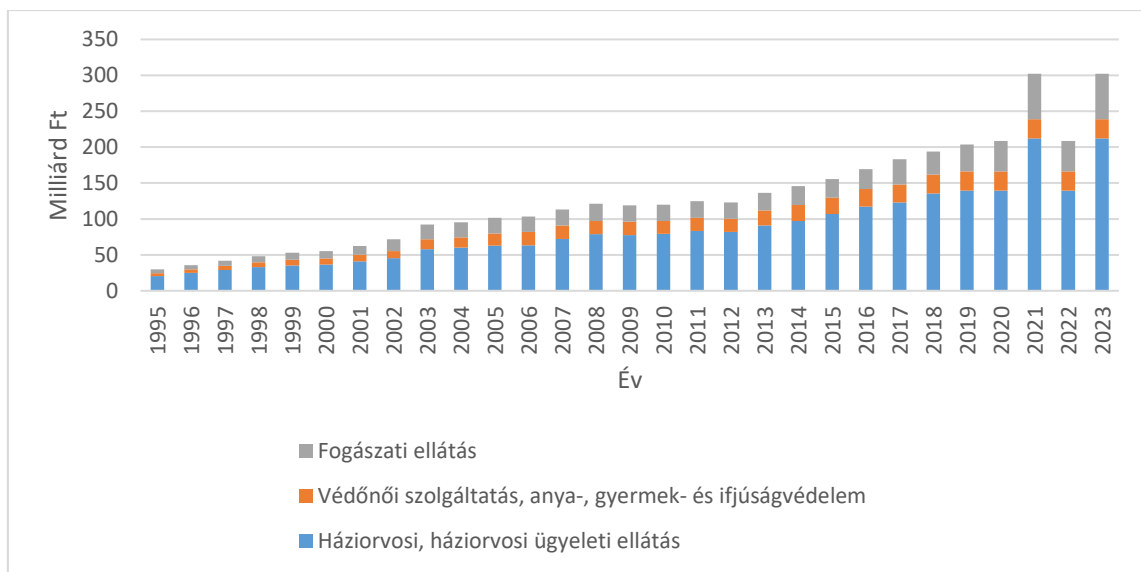
2023	11 310	108	2 201	13 619		2 400	57	6 900
2024	11 384	104	2 380	13 868		2 440	58	6 843

Forrás: Szerzők, KSH adatok alapján

8.3.4 Az alapellátás és egyes kapcsolódó szakterületeinek finanszírozási trendjei 1995-2023 között

Az alapellátáshoz kapcsolódó kifizetések esetében is számos megállapítás, illetve tendencia azonosítható. Amíg a háziiorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátáshoz kapcsolódó kifizetések mértéke az 1995. évi 20 milliárd Ft-ról több mint tízszeresére, 212 milliárd Ft-ra nőtt 2023-ban, addig a védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem ellátáshoz kapcsolódó kifizetések mértéke csak 6,5-szeresére növekedett az 1995. évi 4 milliárd Ft-ról 27 milliárd Forintra (3. ábra). A fogászati ellátáshoz kapcsolódó kifizetések mértéke nőtt a leginkább – tizenkétszeresére – az 1995 évi 5 milliárd Ft-ról 63 milliárd Ft-ra 2023-ban.

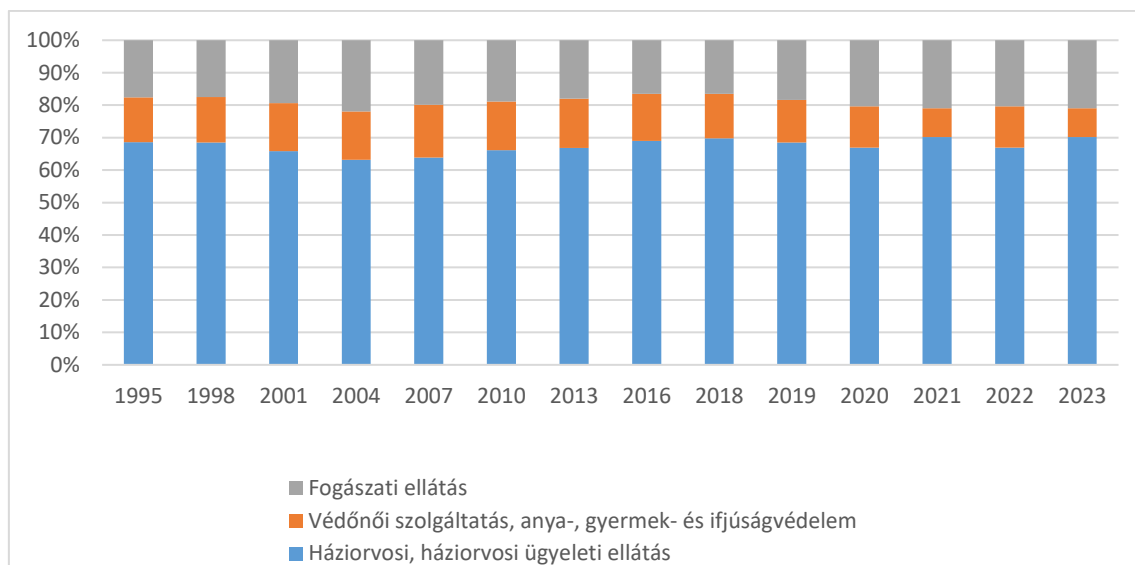
8.3. ábra Az alapellátás kifizetések mértéke az egyes szakterületek (fogászat, védőnő, háziiorvosi) vonatkozásban 1995-2023 (milliárd Ft)



Forrás: Szerzők, NEAK adatok alapján

Az alapellátási kifizetések megoszlásának vizsgálatakor elmondható, hogy 1995 és 2023 között a háziiorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás a kifizetések 61-69%-át, a védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem ellátás a kifizetések 10-18%-át, míg a fogászati ellátás a kifizetések 16-23%-át kapta (3. ábra).

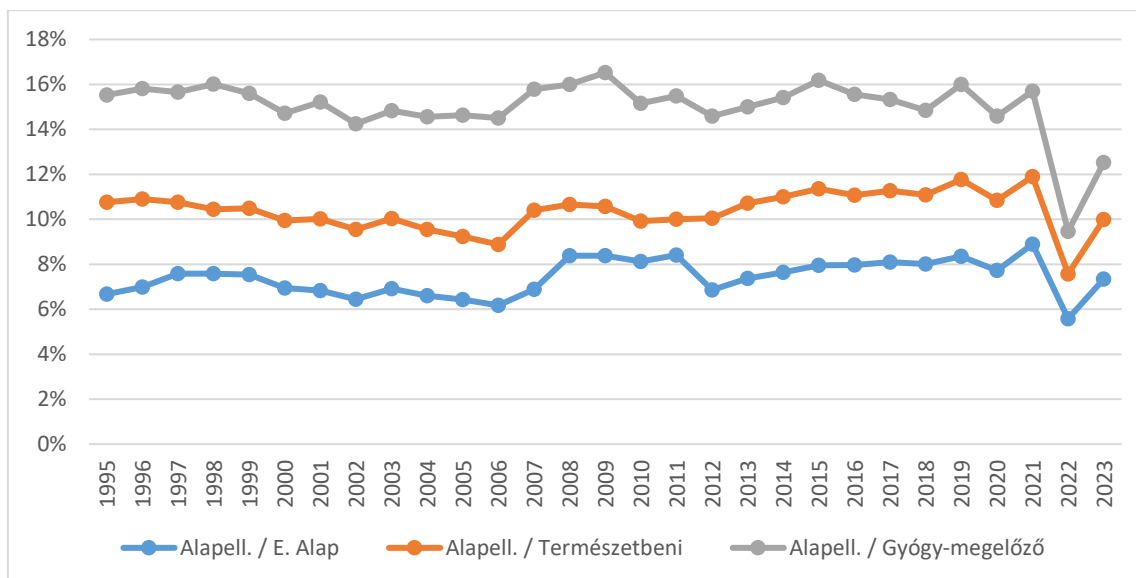
8.4. ábra Az alapellátási kifizetések megoszlása a fontosabb szakterületek között 1995-2023 (%)



Forrás: Szerzők, NEAK adatok alapján

A fogászati ellátásokat is magába foglaló, alapellátáshoz kapcsolódó kifizetések az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak 7-9%-át, a Természetbeni ellátások 8-12%-át, illetve a Gyógyító megelőző ellátások 9-16%-át jelentették 1995-2023 között (5. ábra). 1995 és 2021 között nem volt azonosítható egyértelmű tendencia, 2022. évben jelentős csökkenés azonosítható, amit enyhé korrekció követett 2023. évben, azonban továbbra is alacsonyabb szintű volt a korábbi évekhez képest.

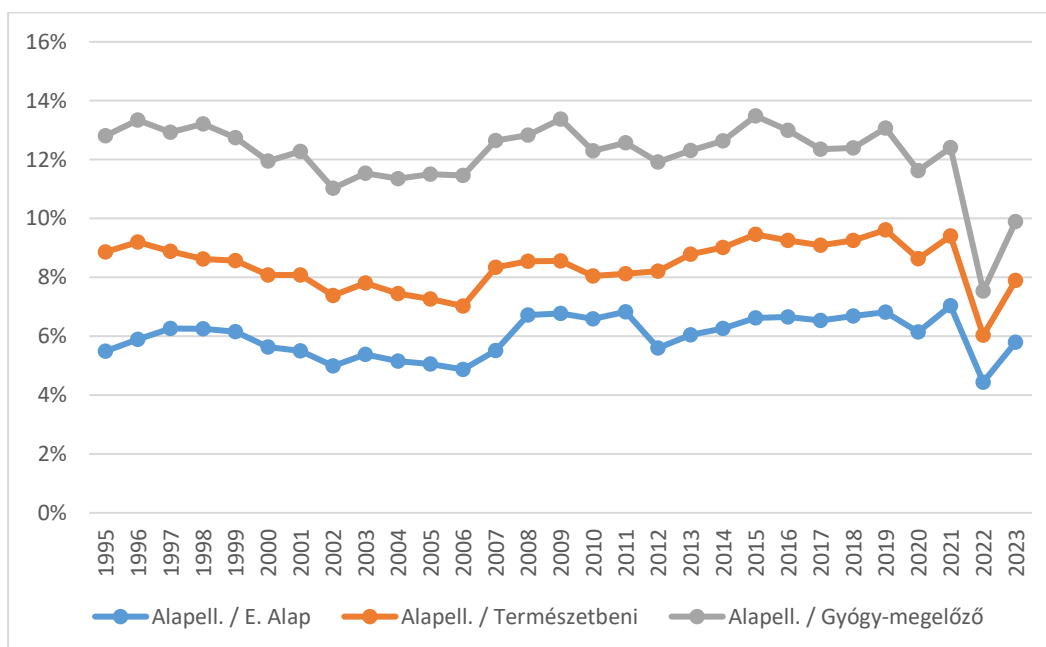
8.5. ábra Az alapellátás aránya a nagyobb kasszákhoz viszonyítva (fogászattal) 1995-2023 (%)



Forrás: Szerzők, NEAK adatok alapján

A fogászati ellátásokat nélkül az alapellátáshoz kapcsolódó kifizetések az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak 4-7%-át, a Természetbeni ellátások 6-10%-át, illetve a Gyógyító megelőző ellátások 8-13%-át jelentették 1995-2023 között (6. ábra).

8.6. ábra Az alapellátás aránya a nagyobb kasszákhöz viszonyítva (fogászat nélkül) 1995-2023 (%)



Forrás: Szerzők, NEAK adatok alapján

8.4 Az alapellátás fejlesztését célzó jelentősebb szakpolitikai intézkedések

8.4.1 Irányított Betegellátási Rendszer

Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) Magyarországon egy olyan modellkísérletként indult el, amely az egészségügyi ellátórendszer működését célozta hatékonyabbá, ellenőrzöttebbé és a betegek számára kiszámíthatóbbá tenni. Az IBR 1999-ben kezdte meg működését (Sinkó, 2005). A hazai IBR részben az amerikai „managed care” rendszerek, részben a brit háziiorvosi pénzalap-gazdálkodás tapasztalataiból építkezett (Donkáné & Oberfrank 2005). Az IBR-ben a betegek ellátását egy szervezett és pénzügyileg is kontrollált út mentén vezették végig, követve a beteg mozgását az ellátási szintek között, illetve vertikálisan integrálva az ellátási szinteket. Az IBR-ben a helyi szereplők felelősséget vállaltak nemcsak az ellátás megszervezéséért, hanem a források felhasználásáért és a szolgáltatások megvásárlásáért is.

A rendszer tehát nem egyszerű finanszírozási technika volt, hanem egy olyan működési elv, amelyben a beteg ellátása irányított, követett, gazdálkodási és szakmai szempontból egyaránt felügyelt folyamattá vált.

Az IBR legáltalánosabb egészségpolitikai célja az volt, hogy az adott egészségügyi forrásokat úgy szervezze és használja fel, hogy abból több és jobb minőségű egészség legyen „vásárolható”, vagyis hogy azonos ráfordításból nagyobb egészségnyereség keletkezzen (Sinkó, 2005). Ez hatékonysági célt jelentett két irányban: egyrészt technikai hatékonyságot (ugyanazt a szolgáltatást kevesebb pénzből megszervezni), másrészt allokációs hatékonyságot (a meglévő forrásokat oda juttatni, ahol a legnagyobb egészségnyereség érhető el a biztosítottak számára).

Az is elvárásként jelent meg, hogy olyan ellátásszervezési formák jöjjenek létre, amelyek nem igénylik az állandó, felülről vezérelt minisztériumi vagy biztosítói beavatkozást, hanem átlátható, kontrollálható és saját érdekeltségi logikájuk mentén „önjáróvá” válnak. A modell megalkotói azt remélték, hogy az IBR olyan szerveződést hoz létre, ahol a hagyományosan külön érdekek mentén működő szereplők – háziorvosok, szakrendelők, kórházak – közös érdekeltségbe kerülnek, és nem egymásra tolják a költségeket, hanem együtt lesznek érdekelték abban, hogy a beteg a szükséges ellátást időben és indokolatlan többlet vizsgálatok nélkül kapja meg.

Az IBR módszere ennek megfelelően az volt, hogy pályázat útján kiválasztottak egy-egy ellátásszervezőt, vagyis olyan egészségügyi szolgáltatót (tipikusan egy komplexebb, több szintű szolgáltatót nyújtani képes szervezetet), amely felelősséget vállalt egy adott

földrajzi területhez tartozó, akár 100-200 ezres lakosság teljes ellátási útjának megszervezéséért, a háziorvostól a járóbeteg-szakellátáson át egészen a kórházi ellátásig. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) ezeknek az ellátásszervezőknek úgynevezett korrigált fejkvóta alapján biztosított forrást: vagyis az adott szervezet lakossági létszáma után számolt, demográfiai jellemzőkre igazított összeg virtuális számlán jelent meg. Ebből az összegből az OEP ugyan továbbra is közvetlenül fizette ki a betegek által ténylegesen igénybe vett ellátásokat, de év végén az elszámoláskor a megtakarítás - azaz a különbség a fejkvótából számolt összeg és a tényleges igénybevételi költségek között - nagy részét visszaadták az ellátásszervezőnek (Kovácsy, 2003).

Így ha az ellátásszervező jól irányította a betegutakat, elkerülte az indokolatlan vizsgálatokat, gyógyszerrendelést, kórházi felvételeket, azaz hatékonyabban alacsonyabb progresszivitási szinteken valósult meg az egészségügyi ellátás, akkor pénzügyi előnye keletkezett.

A háziorvosok feladata az IBR-ben kettős volt. Egyrészt részt vettek a szakmai protokollok alkalmazásában, esetmegbeszélésekben, és egyre inkább a definitív ellátás (azaz a lehető legtöbb egészségi probléma helyben, alapellátási szinten történő megoldása) lett az elvárt működési mód. Ez együtt járt azzal, hogy az ellátásszervező rendszeresen visszajelzést adott a háziorvosoknak arról, mennyire felelnek meg a költséghatékonysági és szakmai elveknek. Másrészt a háziorvosok szervezési / betegútmenedzselési szerepet is kaptak, aminek során nyomon követték és dokumentálták a beteg állapotát, a páciens számára a legrövidebb és legindokoltabb betegút biztosításával aktívan megelőzve a szükségtelen szakellátási és kórházi igénybevételt (Sinkó, 2005).

8.4.2 Egészségfejlesztési Irodák

Magyarországon egy hosszú ideje fennálló népegészségügyi probléma az, hogy a lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlen, a halálozás jelentős részéért megelőzhető, életmóddal összefüggő, nem fertőző krónikus betegségek felelősek. E kihívásokra válaszul jött létre az első két EFI iroda 2008-ban, Kaposváron és Hódmezővásárhelyen (Malbaski & Dózsa, 2014). Az első két EFI iroda jó gyakorlatainak és eredményeinek figyelembe vételével 2013-ban uniós fejlesztési források alkalmazásával további 58 járásban, míg 2018-ban újabb európai uniós támogatással megvalósuló projekt keretében további 50 járásban alakult EFI iroda. 2022-ben összesen 110 iroda működött Magyarországon, amelyek a magyar járások mintegy 63%-a számára

biztosítottak egészségfejlesztési szolgáltatásokat és programokat a lakosság lakóhelyéhez közel (Horváth et al, 2023).

Az EFI-k deklarált célja kettős. Az első cél a helyi lakosság számára térítésmentesen elérhető, folyamatos, nem kampányszerű egészségfejlesztési és betegségmegelőzési szolgáltatások nyújtása, amelyek képesek csökkenteni a korai, megelőzhető halálozást, és javítani az egészségi állapotot azáltal, hogy mérséklék a fő kockázati tényezőket (dohányzás, alkoholfogyasztás, helytelen táplálkozás, inaktivitás) (Remetehegyi et al, 2016).

A második cél egy olyan helyi, hálózatos működésű szervezeti kapacitás kiépítése, amely képes összehangolni az alapellátás, a szakellátás, az önkormányzati szféra, a népegészségügyi szervezetek és más helyi szereplők prevenció és egészségfejlesztési tevékenységeit, vagyis nemcsak szolgáltat, hanem koordinál, adatot gyűjt, programot szervez és partnerségeket épít (Horváth et al, 2023).

A konkrét tevékenységek ennek megfelelően több, egymást kiegészítő rétegből állnak. Az EFI-k egyrészt közvetlenül a lakosságot célzó, egyénre szabott szolgáltatásokat nyújtanak: állapotfelmérést végeznek, személyre szabott életmódtervet készítenek, életmódváltó tanácsadást és nyomon követést biztosítanak, és szükség esetén visszairányítják a páciens a háziorvosához. Másrészt az EFI irodák közösségi szintű programokat szerveznek (például betegklubok, mozgásfoglalkozások, főzőiskolák, munkavállalóknak és szülőknek szóló tréningek, időseknek szóló egészségmegőrző programok, illetve lelki egészséghez kapcsolódóan kiégés megelőzés). Harmadrészt az EFI-k egészségkommunikációs feladatot látnak el: helyi és országos kampányokat valósítanak meg járási, illetve települési szinten, online és hagyományos csatornákon célcsoport-specifikus üzeneteket közvetítenek. Mindezek mellett az EFI-k feladata a helyi partnerségi hálózat fejlesztése is: részt vesznek a járási egészségtervek elkészítésében és megvalósításában, valamint helyi szinten képviselik és intézményesítik az „egészség minden szakpolitikában” irányelvet a helyi döntéshozatal során (Malbaski & Dózsa, 2014).

Az EFI-k működése a járási, illetve települési szinten lévő egészségügyi szolgáltatókkal való együttműködésre épül. Az EFI-k partnerei közé tartoznak a járásban működő felnőtt és vegyes háziorvosi szolgálatok, valamint az adott térség valamennyi közfinanszírozott fekvő- és járóbeteg-szakellátó intézmények (Horváth et al, 2023). A háziorvosok tehát be

tudják irányítani a pácienseiket az EFI-k által biztosított egészségfejlesztési programokra és szolgáltatásokra. Emellett az EFI-k a járásban működő szakellátóktól is fogadhatnak már diagnosztizált betegeket, akik az életmódváltást, illetve a betegségük menedzselését támogató programokon és szolgáltatásokon vehetnek részt az EFI-kben.

8.4.3 Egészségtervezés

Magyarországon az 1990-es évek kezdete óta készülnek egészségtervek különböző szintereken (munkahelyi, iskolai, települési, és országos szinten), amikhez különböző módszertani kézikönyvek készültek az elmúlt évtizedekben, de ezek céljai, fókusza és módszertani alapjai nem voltak egységesek (Túri, 2015). 2012-2015 között európai uniós támogatással valósult meg egy fejlesztési program (TÁMOP 6.2.5-B-13/1-20014-0001 azonosító számú projekt), amelynek célja egy országosan alkalmazható, standardizált járási egészségtervezési módszertan kidolgozása volt. A módszertant egy széles szakértői kör dolgozta ki, amit 20 járásban teszteltek helyi egészségtervező munkacsoportok létrehozásával és a helyi érdekelt szereplők bevonásával és képzésével. A fejlesztés átfogó célja nemcsak az volt, hogy elkészüljön 20 járás egészségterve, hanem az is, hogy az egészségterv tényleges megvalósítása révén javuljon a lakosság egészségi állapota, életminősége és munkavégző-képessége, és hogy az egészség szempontja beépüljön a helyi döntéshozatalba – a gazdasági, oktatási, szociális és környezeti tervezést is beleértve.

A módszertan alapvetése, hogy a járás, mint közösség egészségi állapotát nem kizárólag az egészségügyi ellátás határozza meg, hanem egy komplex tényezőrendszer: az egészségmagatartás, az életkörülmények, a szolgáltatások minősége és hozzáférhetősége, illetve a tágabb társadalmi-gazdasági és környezeti feltételek (Túri, 2019). Ezért a járási egészségtervezés interszektoriális megközelítést követel meg, vagyis a helyi önkormányzatok, egészségügyi szolgáltatók, szociális, oktatási, gazdasági és civil szereplők összehangolt részvételét. A járási egészségterv ennek megfelelően egy interszektoriális cselekvési program, amely a járás lakosságának egészségi állapotát, életkörülményeit és erőforrásait figyelembe véve azonosítja a lakosság egészséggel kapcsolatos problémáit, kijelöli a beavatkozási területeket, és hozzárendeli a szükséges szervezeti, emberi és anyagi erőforrásokat (Túri, 2015). Ebbe beleértendő nemcsak a klasszikus népegészségügyi szolgáltatások, hanem az egészségügyi ellátórendszer kapacitástervezése is.

Az alapellátás szereplői (úgy, mint például háziorvosok, fogorvosok, védőnők, egészségfejlesztési irodák munkatársai) egyrészt részt vehetnek az egészségtervek készítésében, mint szakértők, másrészt az egészségtervekben meghatározott programok megvalósítói is lehetnek (Túri, 2019). Bár 2015 és 2025 között több járási egészségterv is készült Magyarországon, azonban annak érdekében, hogy a jogszabályi előírásoknak megfelelően valamennyi hazai járás rendelkezzen egészségtervvel, és meg is tudja valósítani az abban foglalt programokat, további fejlesztések szükségesek jogszabályi, finanszírozási és a humánerőforrás kapacitás területén.

8.4.4 EESZT- Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér

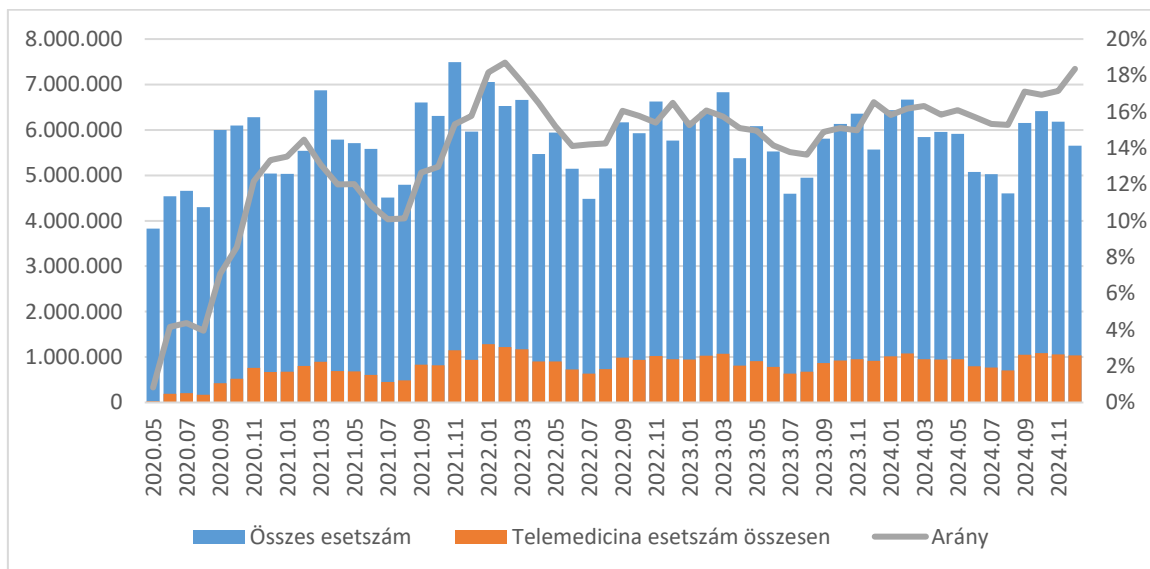
Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) Magyarország országos e-egészségügyi infrastruktúrája, egy felhőalapú, központosított informatikai rendszer, amely az egészségügyi ellátórendszer szereplői – például a háziorvosi ellátás, a járó- és fekvőbeteg-szakellátás, a gyógyszertárak és a mentőszolgálat – között biztosítja az adatkapcsolatot és információáramlást (Girasek et al, 2024). Az EESZT 2017. november 1-én kezdte meg működését a közfinanszírozott ellátásban, majd a csatlakozás köre fokozatosan bővült: 2018-ra bekapcsolódott többek között az Országos Mentőszolgálat, majd az Országos Vérellátó Szolgálat, 2020-ra a magánellátók teljes köre is, és 2021-ben pedig az ártámogatott gyógyászati segédeszköz-forgalmazók is csatlakozási kötelezettséget kaptak (Pákozdyné, 2024). Az EESZT célja, hogy a betegadatok egységes, strukturált, hozzáférhető formában álljanak rendelkezésre minden jogosult ellátó számára, függetlenül attól, hogy a beteg éppen háziorvosnál, szakrendelőben vagy kórházban jelenik meg. A rendszer elősegíti a diagnosztika pontosságát, támogatja a célzott terápiás döntéseket, növeli a betegbiztonságot és gyorsítja az ellátás folyamatát. Az EESZT a lakosság számára is átláthatóbbá teszi az ellátási folyamatot, mivel a páciensek az EESZT lakossági portálján is megtekinthetik saját dokumentumaikat – például leletek, ambulánslapok, zárójelentések, eReceptek, beutalók, kórtörténet formájában (Girasek et al, 2022).

A háziorvosok szempontjából az EESZT egy mindennapi munkát támogató infrastruktúra. A rendszer, illetve ennek egyik ingyenesen elérhető orvosi szoftvermegoldása – a miniHIS – a háziorvosok számára is lehetővé teszi a betegadatok rögzítését és nyilvántartását, az ambuláns lapok és orvosi igazolások elkészítését, a gyógyászati segédeszközök elektronikus rendelését (eGYSE), a vezetői engedélyhez szükséges orvosi alkalmassági vizsgálatok adminisztrálását, valamint a kötelező

adatszolgáltatás automatikus, szabványos továbbítását a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és az EESZT felé (Szabó, 2020; Pákozdyné, 2024). A háziorvos így hozzáférhet a beteg aktuális és korábbi leleteihez, laboreredményeihez, kórtörténetéhez, eReceptjeihez és e-beutalóihoz, illetve lekérdezheti a páciens korábbi ellátási eseményeit más szolgáltatóknál.

Ez támogatja az ellátás folytonosságát, csökkenti a felesleges vizsgálatok ismétlését, és felgyorsítja a döntéshozatalt. Az EESZT-n keresztül a háziorvos elektronikusan rendelhet gyógyszert (eRecept), adhat e-beutalót szakorvosi ellátásra, rögzítheti és feltöltheti a saját ellátási eseményét, valamint – különösen a COVID–19 járvány óta – távkonzultáció és telemedicinális ellátás során keletkező dokumentációt is. Emellett a háziorvos tölti fel és frissíti az eProfil kulcsadatait (például krónikus betegségek, gyógyszerérzékenység), illetve hozzáfér a személyre szabott egészségügyi naplókhoz és nyilvántartásokhoz (például várandósgondozási kiskönyv, gyermekegészségügyi kiskönyv, oltási napló), amelyek az EESZT-ben egységesen elérhetők. A telemedicinális esetszámok arányának alakulását szemlélteti az alábbi 7. ábra.

8.7. ábra Háziorvosi esetszám és a telemedicinális esetszám alakulása 2020.05-2024.12. (esetszám, %)



Forrás: Szerzők, NEAK adatok alapján

8.5 Az alapellátás kitörési pontjai, további fejlesztési irányai

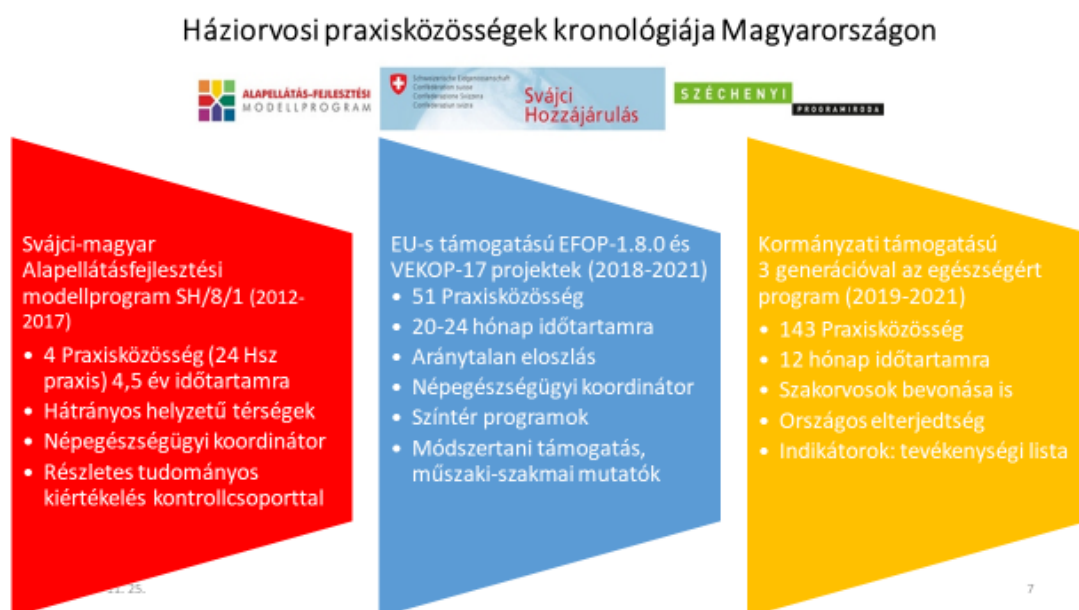
8.5.1 Háziorvosi praxisközösségi programok Magyarországon

A 2013-2017-es svájci-magyar támogatású prevenciós szemléletű Alapellátási modellprogram keretében a háziorvosi praxisközösségek négy helyszínen összesen 24

körzet bevonásával működtek. Eredményüket, és a szakmai munka módszertanát egy külön szakkönyv formájában jelentették meg a program szakmai vezetői, Ádány Róza és Papp Magor (Ádány, Papp, 2017). Ezt követően és jelentős részben erre a programra alapozva kerültek kiírásra az EFOP-1.8.0 és VEKOP-17 praxisközösségi pályázatok Európai Unió támogatással 2017-ben. Ezt a pályázatot végül 51 háziiorvosi praxisközösség nyerte el az ország minden régiójából pályázva 20-24 hónapos időtartamra, túlnyomó részük konzorciális formában. Mind a két jelentős részben külföldi támogatású program egyik fő újdonsága és erőssége volt, hogy a vezetői háziorvos mellett minden praxisközösségben fő vagy részállású diplomás egészségügyi szakembert kellett bevonni, alkalmazni: főként népegészségügyi (közegészségügyi ellenőr, public health) diplomával. Ahogy ezek a projektek kifutóban voltak, hirdette meg a Kormány az ún. „három generációval az egészségért” elnevezésű újabb praxisközösségi programot, melyre már közel 150 csoport – többnyire konzorciális formában pályázott. Ebben a népegészségügyi koordinátor már nem jelent meg kötelező elemként, inkább csak általános adminisztrátort, koordinátort vontak be a PK-ban résztvevő orvosok.

A három egymásra épülő projekt jellemzőit Cseh és Dózsa cikke rendszerezi, illetve az alábbi 8. ábra szemlélteti.

8.8. ábra Alapellátási praxisközösségi programok és egymásra épülésük Magyarországon 2012-2021



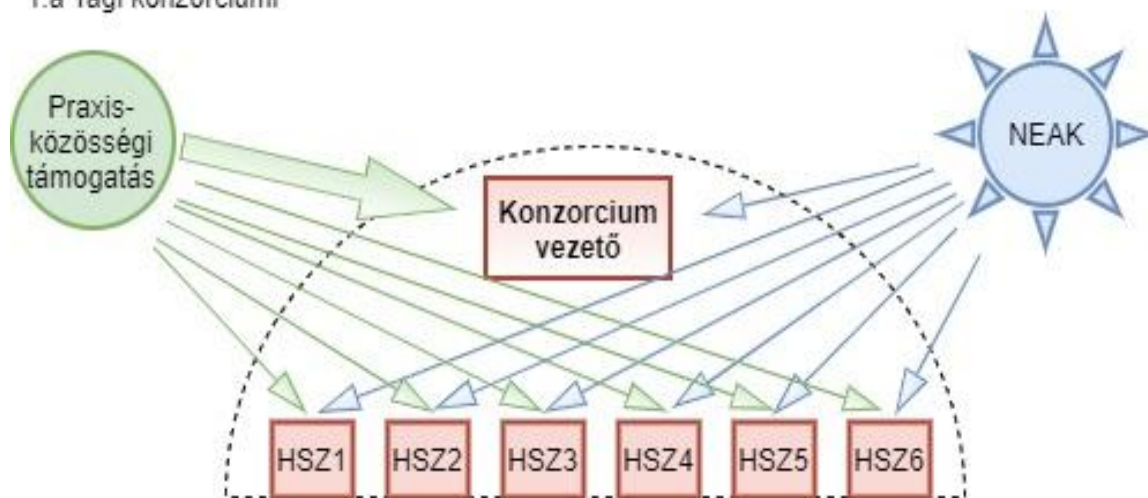
Forrás: Dózsa-Cseh, egyetemi előadásanyag, Miskolci Egyetem

A praxisközösségek működésében a legnagyobb gyakorlata a tagi konzorciumi működésnek lett, melyet az alábbi 9. ábra szemléltet. Ennek az a lényege, hogy a praxisközösségben saját jogon résztvevő háziorvosok konzorciumi megállapodást kötnek, mely keretében megállapodnak a pályázati források elosztásáról is. A konzorcium vezető a saját praxisára jutó költségek fedezetén túl rendelkezik a közös feladatok és beszerzések költségvetési részével is, míg a konzorcium szimpla tagjai a saját és asszisztensük többletbérének és a saját praxisukra jutó eszközök beszerzésnek költségvetésével. A praxisközösségi pályázati források elosztása nem befolyásolja az egyes háziorvosi praxisok NEAK finanszírozását, mely a praxisok területi jellemzőin, és a kártyaszámon alapulnak.

További hullámban a háziorvosi praxisközösségek országos szinten 2021-től jöhettek létre az 53/2021. (II. 9.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Pkr.) alapján. Minden évben az Országos Kórházi Főigazgatóság mint Praxiskezelő teszi közzé a nyilvántartásba vétel, valamint a szakmai működés részletes feltételeit.

8.9. ábra Háziorvosi praxisközösségek pályázati forrásainak felhasználása – sematikus ábra

1.a Tagi konzorciumi



Forrás: Dózsa-Cseh egyetemi előadásanyag, Miskolci Egyetem

A Pkr. szerint az egy járáson belül működő, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező alapellátási szolgálatok (praxisok) - háziorvosi, házi gyermekorvosi, illetve meghatározott feltételek szerint fogorvosi praxisok - szoros szakmai és gazdasági együttműködésben magasabb szintű egészségügyi szolgáltatás nyújtására szerveződhetnek praxisközösséggé, amelyet a Praxiskezelő kérelem alapján nyilvántartásba vesz.

Egy praxisközösség három formában alakulhat meg. Az egyesült praxisközösség olyan együttműködés, amelyben egy járáson belül több, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező praxis feladatait ugyanaz az egészségügyi szolgáltató működteti, vagyis a praxisok szakmai és gazdasági együttműködése egységes működtető alatt, összehangolt ellátásszervezés mellett valósul meg. Az integrált praxisközösség szintén több, azonos járáshoz tartozó, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgálat szoros szakmai és gazdasági együttműködését jelenti, de ebben az esetben a praxisjoggal rendelkező háziorvosok vagy az őket működtető egészségügyi szolgáltatók megőrzik önállóságukat, és alapellátási feladataik összehangolt ellátására közösen egy új egészségügyi szolgáltatót hoznak létre. A praxisközösségi konzorcium ezzel szemben olyan együttműködési forma, amelyben az érintett szolgálatokat működtető egészségügyi szolgáltatók önállóságukat teljes mértékben megtartják, de konzorciumi együttműködési megállapodást kötnek az alapellátási feladataik összehangolására, kijelölnek maguk közül egy konzorciumvezetőt, és rögzítik a gazdasági, szakmai, felelősségi és működési kereteket, valamint azt, hogy a konzorciumvezető jogosult a teljes körű ügyvitelre a Pkr. szerinti feladatok teljesítéséhez.

A praxisközösségek szerveződése területi elven történik: egy járáson belül egymáshoz közel működő alapellátási körzetek vehetnek részt bennük, és a tagságnak normál esetben legalább 5, legfeljebb 10 háziorvosi vagy házi gyermekorvosi szolgálatot kell magába foglalnia; emellett minden 5 háziorvosi és/vagy házi gyermekorvosi szolgálatra további egy fogorvosi szolgálat is bevonható, vagyis a praxisközösség multidiszciplináris módon háziorvosi és fogorvosi kompetenciákat is integrálhat.

A Praxiskezelő egyedi kérelem alapján – indokolt esetben – felmentést is adhat e feltételek alól, például akkor, ha a szolgálatok száma nem éri el, vagy meghaladja a tíz praxist, ha nem minden szolgálat ugyanabban a járásban működik, vagy ha egyes praxisok még nem tagjai a területi kollegiális praxisközösségnek. Bizonyos feltételekkel akár tizenkét praxisig is bővílhet a közösség két további fogorvosi praxis bevonásával.

A praxisközösségbe történő belépés és az azon belül folytatandó szakmai munka szakmai, előírásokhoz kötött. A működésnek tartalmaznia kell rendszeres (háromhavonta tartott) szakmai egyeztetéseket, ahol a részt vevő orvosok közösen áttekintik és értékelik az addig végzett szakmai munkát, meghatározzák a további teendőket, és erről a praxisközösségi szolgáltató vagy a konzorciumvezető írásos feljegyzést készít, amelyet meg kell őrizni, és kérésre a Praxiskezelő vagy az illetékes kollegiális szakmai vezető rendelkezésére kell bocsátani.

A praxisközösségnek folyamatos, dokumentált együttműködésben kell állnia a Praxiskezelővel: köteles benyújtani a működését szabályozó dokumentumokat, folyamatosan szolgáltatni az ellátással összefüggő adatokat, együttműködni a területi és megyei kollegiális szakmai vezetőkkel, részt venni a Praxiskezelő által szervezett megbeszéléseken, képzéseken és szakmai tájékoztatókon, alkalmazni a közzétett módszertanokat és protokollokat, és terjesztetni a lakossági célcsoportok számára készített tájékoztató anyagokat.

A szakmai munka része a prevenciós és gondozási feladatok biztosítása a praxisközösség által ellátott lakosság körében, elsősorban a prevenciós rendelés keretében: egyénre szabott egészségi állapotfelmérés, életmód-tanácsadás, egyéni egészségterv készítése, ütemezett gondozás megszervezése, valamint a szervezett szűrésekre történő mozgósítás és felvilágosítás. Ezen felül a praxisközösség köteles teljesíteni a felhívásban meghatározott, elszámolható szakmai tevékenységeket, amelyek között szerepelnek többek között szűrővizsgálatok, kardiovaszkuláris rizikófelmérés, életmódintervenciók, monitorozási tevékenységek telemedicina alkalmazásával, gondozási feladatok és diagnosztikai vizsgálatok háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi praxisokban.

Ezekhez a tevékenységekhez pontszámok tartoznak; a praxisközösségben részt vevő praxisokra vetítve éves szinten praxisonként összesen 1200 pont elérése kötelező (átlagosan havonta 100 pont praxisonként). A praxisközösség további szakmai feladatok megvalósítását is vállalhatja, különösen a helyi ellátórendszeri szereplők közötti rendszeres szakmai együttműködések kialakítását és az egységes kliensutak kidolgozását járási szinten. Ez az együttműködés kiterjedhet a járóbeteg-szakellátókra, az egészségfejlesztési irodákra, a szociális ellátókra, az otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatókra, a területen működő közforgalmú gyógyszerárakra, az alapellátás további szereplőire, a helyi önkormányzatokra, az iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgáltatókra, valamint civil és szakmai szervezetekre.

8.5.2 POCT vizsgálatok széleskörű alkalmazása az alapellátásban

Számos fejlett országban egészségügyi rendszerében vezették be és használják egyre szélesebb körben a betegség melletti diagnosztikai vizsgálatokat (point-of-care testing, POCT), ami az alapellátás esetében egy fontos fejlesztési irányként fogalmazható meg (Wong et al, 2020). A nemzetközi tapasztalatok alapján a POCT legfontosabb előnyei közé tartozik a rendkívül gyors leletátfordulási idő (akár 5–15 perc), ami lehetővé teszi, hogy a háziorvos egyetlen vizit során diagnosztizáljon és terápiás döntést hozzon, ezzel

rövidítve a betegutakat és csökkentve a felesleges tovább utalásokat. Ez különösen értékes akut esetekben (pl. szepsziszgyanú, mellkasi fájdalom), illetve olyan területeken, ahol az azonnali döntés csökkenthet valamilyen kockázatot vagy a felesleges antibiotikum-felírást (pl. CRP-teszt vírus/baktérium differenciálásra). A betegek elégedettsége is javulhat, mert a helyben, azonnal megkapott eredményt a beteg és az orvos közösen értelmezik, ami erősíti a bizalmat és a terápiás együttműködést.

Ugyanakkor számos hátráltató tényező azonosítható, ami POCT széleskörű, háziiorvosi praxisokban való alkalmazásának elterjedését akadályozza, lassítja (Dózsa et al 2022). A legfontosabb gátló tényezők a következők: (1) Finanszírozás: a készülékek beszerzési és üzemeltetési költsége magas, és nincs transzparens, ösztönző térítés. (2) Minőségbiztosítás: sok országban hiányoznak az egységes külső és belső minőségellenőrzési protokollok, a hitelesített kalibráció és a rendszeres kontroll. (3) IT-integráció: sok POCT eszköz ma még nem kapcsolódik szabványosított módon az alapellátói informatikai rendszerekhez és az elektronikus egészségügyi dokumentációhoz, így az eredmények manuális rögzítése plusz terhet jelent. (4) Humánerőforrás és munkaszervezés: házi orvosok egy része tart attól, hogy minden akut döntést „azonnal, a helyszínen” kell meghozniuk, ami meghosszabbítja egy-egy beteg ellátását, illetve attól is, hogy a személyzet nem kap elég képzést a készülékek szakszerű használatához.

Dózsa és munkatársainak elemzése szerint a 2020-ban a hazai háziiorvosi praxisok kb. egyötöde alkalmazott valamilyen POCT megoldást (pl. CRP, vércukor, INR), de ezek elszigetelt, „korai adoptáló” kezdeményezések voltak, amelyek mögül hiányzott az egységes jogi háttér, a minőségbiztosítás, a háziiorvosi protokoll és a finanszírozási ösztönző. Ugyanakkor a hazai reformfolyamatok, úgy mint a praxisközösségek, kompetenciabővítés, telemedicina, az EESZT fejlesztése, először teremt olyan rendszerszintű környezetet, amelybe a POCT logikusan beilleszthető.

A POCT széleskörű integrációja az alapellátás mindennapi gyakorlatába elsősorban egészségpolitikai és szervezési kérdés. Amennyiben a szabályozás, a minőségbiztosítás, az informatikai integráció és a finanszírozás rendezett, akkor a technológia érdemben javíthatja az alapellátás minőségét és hozzáférhetőségét, különösen vidéki vagy ellátási szempontból hátrányos helyzetű térségekben.

Dózsa és munkatársai egy több lépésből álló bevezetési útitervet vázoltak fel a POCT hazai alapellátásban történő széleskörű alkalmazására. Ennek fő elemei: (1) Pilotfázis kijelölt indikációkban (pl. CRP az antibiotikum-felírás csökkentésére, HbA1c diabéteszgondozásban, troponin/mellkasi fájdalom triázsban), ahol jelentős a népegészségügyi teher és jól mérhető a hozzáadott érték. (2) Bizonyíték- és tapasztalatgyűjtés a pilot programból, majd szakmai irányelvek és jó gyakorlatok publikálása. (3) Egységes országos protokollok és minőségbiztosítási rendszer kialakítása, beleértve egy kijelölt POCT-koordinátor szerepét, aki felel a képzésért, a dokumentációért és a minőség ellenőrzéséért. (4) Az egészségügyi informatikai háttér szabványosítása úgy, hogy a POCT-eszközök automatikusan töltsék fel az eredményeket a háziiorvosi szoftverbe és az EESZT-be. (5) Olyan finanszírozási modell kialakítása, amely külön soron kompenzálja az eszközbeszerzést, a tesztanyagok költségét, az időráfordítást és a minőségbiztosítást.

Összességében tehát a POCT nem váltja ki a központi laboratóriumokat, azonban az alapellátás első vonalában kulcsszereplővé válhat a gyors, helyben meghozott döntések támogatásában. Ennek azonban feltétele, hogy az egészségügyi rendszer – jogszabályi, finanszírozási, informatikai, minőségbiztosítási, és a szakemberek képzése szempontjából is – felkészül a befogadására.

8.5.3 A telemedicina lehetséges alkalmazási területei az alapellátásban

A COVID-19 pandémia alatt és azt követően a telemedicina az alapellátás fontos részévé vált a fejlett egészségügyi rendszerekkel rendelkező országokban. A telemedicina nem kiegészítő eszközként, hanem potenciálisan rendszerszintű ellátási módként jelenik meg egyre több országban, és négy fontosabb területhez kapcsolódik az alapellátásban: a prevenció, kezelés, a krónikus állapotok monitorozása/gondozása, valamint az adminisztráció (Magdavi et al, 2025).

A legtöbb alkalmazás a közvetlen betegellátáshoz köthető (akut és krónikus állapotok kezelése, gyógyszerfelírás, mentális egészség támogatása), illetve a krónikus állapotok rendszeres után követéséhez. A monitorozási funkciók között kiemelten gyakori a cukorbetegség távoli monitorozása, a terápiahűség ellenőrzése és a laboreredmények értelmezése távkonzultációban; a gondozás ezen formája különösen fontos a hosszú távú krónikus menedzsmentben. A prevenció alkalmazások úgy, mint például az egészségsnevelés, dohányzásleszokás-támogatás, egyes szűrővizsgálatok is jelen vannak, azonban kisebb arányban. Az adminisztratív funkciók (például az igazolások kiadása,

betegút-irányítás) szintén megjelentek, mint rutinszerűen ellátható feladatok a telemedicina alkalmazásával.

A telemedicina előnyei közé tartozik az ellátáshoz való hozzáférés javulása, különösen a mobilitásukban korlátozott, illetve az egészségügyi szolgáltatóktól térben távolabb élő társadalmi csoportok számára (Magdavi et al, 2025). A betegek oldalán előnyként jelenhet meg az utazási idő és költség csökkenése, a rugalmasabb időpontválasztás, a páciensek kontrolljának/nyomon követésének egyszerűsödése, valamint a biztonság javulása egy járvány/pandémia időszakában. A háziorvosi szolgáltatók oldaláról fontos előny lehet az, hogy a telemedicina csökkentheti a rendelők túlszűfoltóságát és az ebből fakadó stresszt.

A telemedicina széleskörű alkalmazásának azonban vannak korlátai is. Bizonyos ellátástípusok esetében hiányosságként merülhet fel a fizikális vizsgálat elmaradása: egyes panaszok (pl. akut hasi fájdalom, neurológiai tünetek, légzési nehézség) nem ítéltethők meg egyértelműen kizárólag telemedicina alkalmazásával, ami diagnosztikai bizonytalanságot és potenciálisan téves terápiás döntéseket okozhat. Korlátot jelenthetnek továbbá különböző informatikai, hozzáférési és adatvédelmi tényezők (például nem minden beteg rendelkezik megfelelő eszközzel vagy sávszélességgel, és az adatbiztonság folyamatos kockázatot jelent. Továbbá a finanszírozási és jogi bizonytalanságok, például az eltérő térítési szabályok, a dokumentációs és engedélyezési kötelezettségek tisztázatlansága a szolgáltatók oldalán csökkentheti a telemedicina alkalmazását.

A nemzetközi tapasztalatokhoz hasonló eredményekre jutott Girasek és munkatársainak 2024-ben publikált kutatása a háziorvosok digitális egészségügyi megoldásokkal kapcsolatos tapasztalatairól (Girasek et al, 2024). A vizsgálat eredményei szerint a hazai háziorvosok körében a kommunikációt és betegmenedzsmentet támogató technológiák (például telemedicina, e-mailes vagy közösségi médián keresztüli betegkapcsolat, labor- és képalkotó leletek elektronikus megosztása, e-recept) széles körben elfogadottak és a napi gyakorlat részévé váltak, míg a diagnosztikai, döntéstámogató vagy technológia-intenzív megoldások (mesterséges intelligencia, kiterjesztett valóság, robotika, 3D nyomtatás) kevésbé ismertek és ritkábban használatosak. Az elemzés szerint a háziorvosok nagyobb arányban érzékelik azt, hogy a páciensek kifejezetten igénylik a digitális csatornák használatát, mint más szakterületek orvosai, tehát az alapellátás esetében jelentős lakossági kereslet is jelentkezik a telemedicinás szolgáltatások iránt. A

vizsgálatban résztvevő háziorvosok szerint a telemedicina képes növelni az ellátás hatékonyságát, gyorsítani a diagnosztikai döntéshozatalt, például távkonzílium alkalmazásával. Ezek mellett képes javítani továbbá a páciensekre vonatkozó releváns információk és adatok azonosítását, kórelőzmény rekonstruálását.

A hazai egészségügyi rendszerben a telemedicina alkalmazása a COVID-19 pandémia során került előtérbe, azonban már a pandémia előtt is létrejöttek olyan digitális egészségügyi megoldások, amik nélkülözhetetlen alapok voltak a járványügyi szempontból kritikus időszakban (Döbrössy et al, 2024). Ilyen fejlesztés volt a 2017. óta működő EESZT rendszere, valamint az elektronikus egészségügyi adatrögzítést és adatmegosztást szabályozó jogszabályok. A rendszer széles körű, rutinszerű használata a COVID-19 pandémia időszakában gyorsult fel, lehetővé téve az e-receptek kiállítását, a betegellátás elektronikus dokumentációját és megosztását, oltási időpontfoglalást, eszközök rendelését, valamint a telemedicina tevékenységek rögzítését. Az EESZT-ből származó adatok lehetővé tették pandémia egyes járványhullámai során az egészségügyi kapacitások tervezését és szervezését, a járványügyi előrejelzések készítését is.

A telemedicina intézményesítését Magyarországon a 157/2020. (IV. 29.) kormányrendelet alapozta meg, amely előírta, hogy az egészségügyi szolgáltatóknak fel kell készülniük távkonzultáció nyújtására, és meghatározta, milyen célokra használható a telemedicina (például beutalás, receptfelírás). A rendelet egyúttal azt is rögzítette, hogy ezek közül mely ellátási tevékenységek finanszírozhatók a társadalombiztosítás keretében, beleértve például a kontrollvizsgálatokat, telemetriás EKG- és EEG-alapú értékelést, telepatológiai mintafeldolgozást, valamint telefonon dokumentált pszichiátriai konzultációt.

Döbrössy és munkatársai szerint a telemedicinának hazánkban számos továbbfejlesztési lehetősége is azonosítható, úgy mint az ellátásszervezés digitalizációja, telemedicina szolgáltatás standardok bevezetése, valamint telekonzultációs és telediagnosztikai központok létrehozása (Döbrössy et al 2024).

A digitális egészségügyi technológiák (DHT-k), köztük a telemedicina technológiaértékelésének nemzetközi gyakorlatainak áttekintése kapcsán Mezei és munkatársai megállapították, hogy a DHT-k az elmúlt években Európa-szerte ténylegesen egészségügyi szolgáltatássá váltak, egyre több ország építi be őket a közfinanszírozott ellátásba (Mezei et al, 2023). Ezzel együtt az értékelésükre és finanszírozásukra irányuló

elvárások is megnöttek, miközben az egészségügyi hatóságok számára kihívást jelent az új technológiák gyors fejlesztési ciklusa, nagy száma és az a tény, hogy ezek sokszor nem illeszkednek a hagyományos gyógyszer- vagy orvostechnológiai eszköz-finanszírozási logikába. Hazánk esetében a szerzők azt javasolják, hogy célszerű lenne kialakítani egy olyan rendszert, amely egy úttörő uniós ország (például Németország, vagy Franciaország) gyakorlatát adaptálja magyar gazdasági és egészségpolitikai feltételekhez, különös tekintettel a közpénzből finanszírozható prioritási területek azonosítására, ahol a digitális megoldások igazolt egészségnyereséget hoznak vagy erőforrás-megtakarítást eredményeznek. Egy olyan, átlátható és minőségbiztosított hazai keretrendszerre van szükség, amely képes különbséget tenni a bizonyított klinikai haszonnal rendelkező digitális egészségügyi megoldások és a piacon tömegesen jelenlévő, de nem minősített „wellness” alkalmazások között, valamint biztosítja, hogy a közpénzek elosztása a népegészségügyi szükségletekhez igazodjon.

Összegzésül tehát elmondható, hogy a telemedicina az alapellátás fontos eszköze lehet, amely megfelelő feltételek mellett képes javítani a hozzáférést, az ellátás folyamatosságát, különösen a krónikus betegek gondozása és a hozzáférési problémákkal küzdő társadalmi csoportok szempontjából. Az alapellátás fejlesztése során célszerű prioritásként kezelni a telemedicina strukturált integrációját a háziorvosi ellátásba, mivel az ellátási hozzáférés, az ellátás biztonságossága és a költségtéher mérséklése szempontjából egyaránt stratégiai jelentőségű beavatkozási irányként azonosítható.

8.5.4 Fogorvosi praxisközösségek

A fogorvosi praxisközösségek 2021. június 14-étől, az alapellátási praxisközösségekről szóló 53/2021 (9.II.) kormányrendelet alapján jöttek létre, amelynek célja az volt, hogy a praxisok szakmai együttműködés révén javítsák a lakosság megelőző ellátáshoz való hozzáférését és a szolgáltatások minőségét. A rendelet a háziorvosi praxisközösségekhez hasonlóan három együttműködési forma lehetőségét határozza meg: egyesült fogorvosi praxisközösség (szoros szakmai és gazdasági integráció, közös szolgáltatóba olvadással), integrált fogorvosi praxisközösség (részleges gazdasági önállóság megtartása közös szolgáltatóval), és konzorciumi fogorvosi praxisközösség (szakmai és gazdasági együttműködés a praxisok teljes gazdasági önállóságának megtartása mellett, kijelölt konzorciumvezetővel). 2023. december 31-ig országosan 74 fogorvosi praxisközösség alakult kizárólag konzorciumi formában, átlagosan kilenc praxis részvételével, ami a közfinanszírozott fogorvosi alapellátó praxisok 30%-át jelentette (Sztrilich et al 2025).

Ugyanakkor a csatlakozás aránya erős területi egyenlőtlenséget mutatott megyénként: Nógrád (10%), Fejér (15%) és Borsod-Abaúj-Zemplén (16%) megyében jóval az országos átlag alatt maradt, míg Békésben (48%), Tolnában (50%) és Baranyában (50%), jóval magasabb részvételi arány volt megfigyelhető. 2023. végén a 74 praxisközösségben 638 fogorvos és 653 fogászati asszisztens dolgozott (átlagosan kilenc fogorvos és kilenc asszisztens klaszteren belül). A fogorvosi praxisközösségek 2022-ben összesen 83 423 prevenciós beavatkozást jelentettek, amelyek főként caries intenzitás méréséből (34,5%), szájüregi daganatszűrésből (23,4%) és az állkapocs ízületi problémák szűréséből (15,2%) álltak. Sztrilich és munkatársainak kvantitatív vizsgálatának eredménye szerint a fogorvosi praxisközösségekhez való csatlakozást több, statisztikailag is kimutatható tényező befolyásolta, úgy mint a praxis típusa, a település típusa és a fogorvosi szolgáltatók sűrűsége egy adott területen (Sztrilich et. al 2025). A fogorvosi praxisközösségi modell Magyarországon rövid idő alatt jelentős lefedettséget ért el az alapellátó fogászatban, azonban a praxisközösséghez történő csatlakozás településtípus és ellátási profil szerint egyenlőtlen, ami egészségpolitikai szempontból arra utal, hogy a kisebb településeken további ösztönzőkre lehet szükség az ellátás hozzáféréseinek és minőségének kiegyenlítéséhez, valamint indokolt a praxisközösségek működésének, teljesítményének és népegészségügyi hatásának rendszeres monitorozása is.

Sztrilich és munkatársainak 2025-ben publikált, 21 fogorvos részvételével készült kvalitatív vizsgálatának eredményei szerint a fogorvosi praxisközösségekhez való csatlakozás legfőbb motivációi a finanszírozási szempontok – elsősorban a bérek javítása és a humán erőforrás megtartása –, illetve a szakmai együttműködés és tudásmegosztás voltak, míg a távolmaradás fő akadályaként az információhiányt, a bizalmatlanságot és az autonómia elvesztésétől való félelmet azonosították. Az interjúk alapján a fogorvosi praxisközösség modell első három éve (2021–2023) alatt a praxisközösséghez való csatlakozás nem hozott érdemi infrastruktúra- vagy eszközfejlesztést, és az emberierőforrás-hiány – különösen a dentálhigiénikusok és asszisztensek terén – nem enyhült, jóllehet a praxisközösség tagsággal járó plusz finanszírozást döntően a béremelésekre fordították. A klaszterek működési gyakorlatát nagyon eltérően ítélték meg a fogorvosok: egyes helyeken csak adminisztratív koordináció zajlik, máshol rendszeres szakmai találkozók, belső továbbképzések és esetmegbeszélések működnek, amit főleg a fiatalabb fogorvosok értékelték különösen hasznosnak. A lakosság prevenciós ellátáshoz való hozzáférése a fogorvosok megítélése szerint lényegében nem

változott, mert a prevenciós tevékenységek nagy részét eddig is elvégezték, miközben a betegek egészségmagatartása nem módosult érdemben. A résztvevők szerint a praxisközösségi modell potenciálisan alkalmas lenne komplexebb ellátási portfólió (például szájsebészet, parodontológia, orthodontia) és digitális megoldások (adatmegosztás, közös időpontfoglalás, telekonzultáció) beemelésére, de ezt jelenleg korlátozza a finanszírozási és jogosultsági szabályozás. Sztrilich és munkatársai szerint a fogorvosi praxisközösségek a közfinanszírozott alapellátásban egyszerre hordoznak előnyöket a lakosság és a fogorvosi praxisok számára, azonban a modell szélesebb körű elterjedéshez elengedhetetlen az átláthatóbb irányítás, a stabilabb és fejlesztésre is alkalmas finanszírozási környezet, valamint a működési feltételek célzott javítása.

8.6 A védőnői ellátás

Az 1990–2023 közötti időszakban a Magyar Védőnői Szolgálat a primer prevenció egyik önálló, ugyanakkor orvosokkal és társszakmákkal szorosan együttműködő pillérévé vált (Soósné et al, 2023). A rendszerváltást követően a védőnői hivatás bővülő kompetenciákkal és felelősséggel jelent meg. Az időszak egyik első vonatkozó jogszabálya, a 33/1992. számú népjóléti miniszteri rendelet kimondta, hogy a terhesgondozást a védőnő, a háziorvos és a szülész-nőgyógyász (valamint a várandós nő) együttműködésén alapuló komplex szolgáltatás.

A 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet alapján az iskola-egészségügyi ellátás a védőnő és az iskolaorvos együttes szolgáltatásából áll (Nemzeti Jogszabálytár, 1997b). Az ellátást minden nevelési-oktatási intézményre ki kell terjeszteni, a feladatokat rész- vagy teljes munkaidős iskola-, illetve területi védőnő láthatja el. Az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet meghatározta az életkorhoz kötött megelőző vizsgálatok körét és dokumentálását. Ez alapján a területi védőnő köteles értesíteni a gondozottakat a védőnői vizsgálat esedékességéről, és közreműködik a megjelenés szervezésében. A hazaadást követő 48 órán belül a védőnő ellenőrzi az újszülöttre vonatkozó, melléklet szerinti szűrések elvégzését, és gondoskodik a hiányzók megszervezéséről.

A 2004-ben elfogadott 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet részletesen specifikálta a védőnők által ellátandó személyes és közösségi gondozási feladatait: családtervezés, várandós-, gyermekágyas- és gyermekgondozás, családlátogatás, egészségfejlesztés, valamint a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzése. A védőnők tevékenységüket az otthonokban, nevelési-oktatási intézményekben és közösségi helyszíneken végezhetik, illetve a háziorvosi, közoktatási és szociális szereplőkkel együttműködve (Nemzeti

Jogszabálytár, 2004). A rendelet értelmében egy körzet legfeljebb 250 fő gondozottat foglalhat magában. Amennyiben nincs teljes munkaidős iskolavédőnő, a területi védőnő az iskolai feladatokat is ellátja a pontérték-korlátok szerint.

A 2015. évi CXXIII. törvény a védőnői ellátást az állam és a települési önkormányzat együttműködésében biztosítandó alapellátási szolgáltatásként határozta meg (Nemzeti Jogszabálytár, 2015). A védőnők a várandósok, a 19 év alattiak és a családtervezési időszakban lévők számára személyes és közösségi ellátást nyújtanak. Feladataik közé tartozik többek között a várandós-, gyermekágyas- és gyermekgondozás, az óvodai és iskolai feladatok ellátása, a gyermekvédelmi jelzőrendszeri jelzés, valamint az egészségfejlesztési programokban való részvétel.

Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2022. évi LXXIII. törvény többek között az egészségügyi alapellátásról és az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló törvények módosításával megteremtette az alapellátás (így a védőnői ellátás) egységesebb, állami keretek között történő megszervezésének feltételeit. Az egységes szakmai irányításról és hatósági felügyeletről, valamint a 2023. július 1-jén megvalósult fenntartói-, munkáltatói jogutódlásról és átmeneti rendelkezésekről külön fejezet rendelkezik a 2015. évi. CXXIII törvényben.

8.7 Összefoglaló: 34 év időszakának főbb fázisai

A rendszerváltás utáni években az alapellátási szolgáltatások biztosítása önkormányzati felelősségi keretben összpontosult, miközben jogi-finanszírozási értelemben fokozatosan intézményesült. Az alapellátás lényeges tartalmi és működési kereteit a 2015. évi CXXIII. törvény kodifikálta, a finanszírozás részletszabályait pedig a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet rögzíti, együtt biztosítva a működés alapját.

A praxisjogot a 2000. évi II. törvény vagyoni értékű jogosultságként definiálta. A háziorvosi praxisok finanszírozásának gerincét 1999-től a fejkvóta-alapú (korcsoport-pontszámokra épülő) rendszer adja, kiegészítve degresszióval, szakképzettségi szorzóval és célzott pótlékokkal (rezsitámogatás, kedvezményezett települések), amelyeket a finanszírozási rendelet részletez. A 2000-es évek kiemelt fejleménye a minimumfeltételek rendszere: a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet a személyi és tárgyi minimumokat, valamint a diagnosztikai háttér biztosításának és az ellenőrzésnek a rendjét tette kötelezővé, belső minőségirányítást is megkövetelve.

Ezzel párhuzamosan elindult az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR), amely a betegutak szervezett, pénzügyileg kontrollált irányításával és a háziorvos definitív ellátási szerepének erősítésével hatékonyságot és allokációs racionalitást célzott (korrigált fejkvóta-elszámolással és a megtakarítás visszaosztással).

A 2010-es években a digitális infrastruktúra vált a fejlődés motorjává: az EESZT 2017. november 1-jén indult, majd fokozatosan kiterjesztésre került a csatlakozási kör. A háziorvosi gyakorlatban a miniHIS és az eRecept/e-beutaló, az eProfil és a szabványos adatszolgáltatás vált rutinná, gyorsítva a döntéshozatalt és csökkentve a párhuzamos vizsgálatokat.

Az alapellátás fejlesztésének fontos eleme volt az EFI-hálózat létrehozása és kibővítése, valamint az interszektoriális megközelítést alkalmazó a járási egészségtervezés.

A 2020–2024 közötti időszakban a COVID-19 pandémia hatására gyorsult telemedicina adaptációja, valamint új szervezeti és finanszírozási modellek is megjelentek. 1998 és 2024 között a háziorvosok száma csökkenő tendenciát mutatott, míg az egy háziorvosra jutó bejelentkezett lakos és esetszám emelkedett. Makroszinten a kifizetések nominálisan jelentősen nőttek, de az alapellátás részaránya a nagy kasszákhöz viszonyítva 1995–2021 között hullámzott, 2022-ben visszaesett, 2023-ban pedig csak részben korrigált.

2021-től háziorvosi és fogorvosi praxisközösségek alakultak (egyesült, integrált, konzorciumi formában), amelyek a járási szintű együttműködést intézményesítik. 2023-tól indikátoralapú teljesítményértékelés lépett életbe a háziorvosoknál és fogorvosoknál, míg a közfinanszírozott fogászati alapellátásban az alapidő megszűnésével a teljesítmény súlya nőtt (a minimális időkeretek emelésével). A védőnői ellátás állami integrációja 2023. július 1-jén zárult le a fenntartói és munkáltatói jogok átrendezésével, egységes szakmai irányítást célozva.

8.8 Kontrollkérdések

- a. Az alapellátás működése szempontjából milyen fontos területeket szabályoz a 2015. évi CXXIII. törvény és a 43/1999. Korm. rendelet? Hogyan egészítik ki egymást, és miért kulcsfontosságúak a működőképességhez?
- b. Milyen módszerekkel történik a háziorvosi praxisok finanszírozása?
- c. Ismertesse a praxisjog jogi természetét és szerepét a praxisok működtetésében!

- d. Mi volt az Irányított Betegellátási Rendszer célja, módszere, valamint mi volt a háziorvosok szerepe az IBR-ben?
- e. Az EESZT mely funkciói támogatják a háziorvosokat a mindennapi tevékenységeik megvalósítása során?
- f. Milyen fontosabb tendenciák azonosíthatók a háziorvosi ellátáshoz kapcsolódó betegforgalom vonatkozásában 1990 és 2023 között?
- g. Mely fontosabb tendenciák azonosíthatók az alapellátás és egyes kapcsolódó szakterületek finanszírozása vonatkozásában 1990 és 2023 között?
- h. Melyek a főbb jellemzőik és különbségek a 2012-2021 között pályázati úton megvalósult praxisközösségi programok között?
- i. Hogyan jellemezhető a fogászati alapellátás 2023. évi finanszírozási átalakítása?
- j. Milyen formákban jöhetnek létre háziorvosi és fogorvosi praxisközösségek az alapellátásban?
- k. Miért hasznos a telemedicina és a POCT széleskörű adaptálása a háziorvosi praxisokban, és hogyan jellemezhető ezek jelenléte a háziorvosi praxisokban a 2020-as évek elején?

8.9 Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
ÁEEK	Állami Egészségügyi Ellátó Központ
E. Alap	Egészségbiztosítási Alap
EESZT	Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér
EFI	Egészségfejlesztési Iroda
DHT	Digital health technologies, azaz digitális egészségügyi technológiák
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
OKFŐ	Országos Kórházi Főigazgatóság
POCT	Point-of-care testing, azaz betegség melletti diagnosztikai vizsgálatok
NNK	Nemzeti Népegészségügyi Központ
NNGYK	Nemzeti Népegészségügyi- és Gyógyszerészeti Központ

8.10 Ábra és táblázatjegyzék

8.1. ábra A háziiorvosi fejkvóta díjak alakulás éves bontásban 2000-2024 (pontérték)	5
8.2. ábra Háziiorvosi finanszírozás elemei ügyeleti ellátással 2008 – 2025 (%).....	6
8.3. ábra Az alapellátás kifizetések mértéke az egyes szakterületek (fogászat, védőnő, háziiorvosi) vonatkozásban 1995-2023 (milliárd Ft)	11
8.4. ábra Az alapellátási kifizetések megoszlása a fontosabb szakterületek között 1995-2023 (%)	12
8.5. ábra Az alapellátás aránya a nagyobb kasszákhöz viszonyítva (fogászattal) 1995-2023 (%)12	
8.6. ábra Az alapellátás aránya a nagyobb kasszákhöz viszonyítva (fogászat nélkül) 1995-2023 (%)	13
8.7. ábra Háziiorvosi esetszám és a telemedicinális esetszám alakulása 2020.05-2024.12. (esetszám, %)	19
8.8. ábra Alapellátási praxisközösségi programok és egymásra épülésük Magyarországon 2012-2021.....	20
8.9. ábra Háziiorvosi praxisközösségek pályázati forrásainak felhasználása – sematikus ábra... 21	
8.1. táblázat A háziiorvosi ellátás fontosabb jellemzői 1995-2024.....	8
8.2. táblázat Egy háziiorvosra jutó évi betegforgalom a fontosabb ellátási kategóriák szerint, 1995-2024	9

8.11 Hivatkozások

- Ádány R., Papp M. (2017) Prevenció szolgáltatások az Alapellátásban. Könyv. Debreceni Egyetem. ISBN 978-963-226622
- Balogh S. (2019) A korkorrigált fejkvóta (kapitáció) a háziiorvosi (alapellátási) finanszírozás alapja. Orv Hetil. 2019; 160(27): 1057–1063.
- Cseh B., Dózsa, Cs., Dózsa K. (2021) A praxisközösségi pilot együttműködések tapasztalatai. Medical Tribune, Vol 19. 1 pp. 6-7., 2 p.
- Cseh B., Dózsa Cs., Dózsa K. (2021) A praxisközösségi modellprogramok tapasztalatai és aktualitása. Fókuszban a modellváltás lehetősége / A praxisközösségi működési formációk legfontosabb jellemzőiről. Praxismenedzsment. Gazdasági Szaklap Háziiorvosoknak, 10 pp. 5-9., 5 p.
- Donkáné V.É., Oberfrank F. (2005). Kritikus gondolatok az irányított betegellátás hazai rendszeréről. IME. IV. évfolyam 7. szám. https://ime.memt.hu/wp-content/uploads/414_12_20.pdf
- Dózsa Cs. (2005) A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és ösztönző hatásai a hazai egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozásában. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 4 pp. 18-22., 5 p.

- Dózsa Cs., Horváth K., Cserni I., Cseh B. (2022) Roadmap for large-scale implementation of point-of-care testing in primary care in Central and Eastern European countries: the Hungarian experience. *Primary Health Care Research & Development*. 2022;23:e26. doi:10.1017/S1463423622000159
- Döbrössy B., Girasek E., Györffy Z. (2024). The Adaptation of Digital Health Solutions During the COVID-19 Pandemic in Hungary: A Scoping Review. *International journal of health policy and management*, 13, 7940. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.7940>
- Girasek E., Boros J., Döbrössy B., Susánszky A., Györffy Z. (2022) E-páciensek Magyarországon: Digitális egészséggel kapcsolatos ismeretek, szokások egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *ORVOSI HETILAP*, 163 (29). pp. 1159-1165. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32512>
- Girasek E., Döbrössy B., Boros J., Györffy Z. (2024). Exploring the attitudes and experiences of Hungarian primary care physicians on the utilisation of digital health solutions. *BMC primary care*, 25(1), 396. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02642-8>
- Horváth K., Túri G., Kaposvári Cs., Cseh B., & Dózsa C. L. (2023). Challenges and opportunities for improvement in the management and financing system of Health Promotion Offices in Hungary. *Frontiers in public health*, 11, 1219186. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1219186>
- Kovácsy Zs. (2003) Az irányított betegellátás jogi szabályozásának kérdései. *IME*. 2. évfolyam 2. szám. https://ime.memt.hu/wp-content/uploads/78_5_9.pdf
- Malbaski N., Dózsa Cs. (2014). Hogyan tovább Egészségfejlesztési Irodák, azaz mennyi az annyi? *IME XIII. Évfolyam 10. Szám*. https://ime.memt.hu/wp-content/uploads/2219_5_11.pdf
- Mezei F., Horváth K., Pálfi M., Lovas K., Ádám I., Túri G. (2023). International practices in health technology assessment and public financing of digital health technologies: recommendations for Hungary. *Frontiers in public health*, 11, 1197949. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1197949>
- Mahdavi S., Fekri M., Mohammadi-Sarab S., Mehmandoost M., Zarei E. (2025). The use of telemedicine in family medicine: a scoping review. *BMC health services research*, 25(1), 376. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12449-7>

- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő. (2023) A háziorvosi szolgálatok indikátoralapú teljesítményértékelése.
https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/alapellatas/haziorvosi_ellatas/archivum/Haziorvosi_indikatorrendszer_202301&inline=true
- Pákozdyné B.I. (2024) Digitális közszolgáltatások, e-egészségügy Magyarországon – az EESZT bevezetése és fejlesztései, az e-egészségügy digitális jövője. Közigazgatási és Infokommunikációs Jogi PhD Tanulmányok, 5 (1). pp. 57-73. ISSN 2732-0731 <https://real.mtak.hu/204114/1/KIKPhD%202024%281%29%20PBI.pdf>
- Remetehegyi I., Dózsa Cs., Németh É. (2016) Népegészségügy az egészségügyben – Az Egészségfejlesztési Irodák fennmaradásának kérdései. IME. XV. Évfolyam 1. szám. https://ime.memt.hu/wp-content/uploads/2484_36_40.pdf
- Semánová C., Rurik SE., Dózsa Cs. et al. Primary care behind the former “Iron Curtain”: changes and development of primary healthcare provision in the Eastern part of the European Union. *Primary Health Care Research & Development*. 2019; 20:e121. doi:10.1017/S1463423619000410
- Sinkó E. Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai. (2005) Esély. 2005/2. https://www.esely.org/kiadvanyok/2005_2/sinko.pdf
- Soósné Kiss Z., Szabó-Németh P., Horváth K. (2023). A védőnő-orvos együttműködés mint a 108 éve sikeresen működő Magyar Védőnői Szolgálat egyik alappillére. *Orvosi Hetilap*, 164(33), 1311-1318.
<https://doi.org/10.1556/650.2023.32867>
- Szabó B. (2020). Újdonságok a koronavírus-járvány alatt az elektronikus egészségügyi szolgáltatások területén. IME. XIX. Évfolyam 4. Szám.
<https://real.mtak.hu/167359/1/70363.pdf>
- Sztrilich A., Kaposvári Cs., Túri G., Teller R., Vingender, I. (2025). The advancement of primary care dentistry in Hungary: progress of the dental cluster model since 2021 legislation. *Frontiers in public health*, 13, 1528433.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1528433>
- Sztrilich A., Túri G., Kaposvári Cs., Teller R., Vingender I. (2025). Motivation and experiences of dentists of primary care dental clusters in Hungary: a qualitative inquiry. *Frontiers in oral health*, 5, 1492387.
<https://doi.org/10.3389/froh.2024.1492387>

- Túri G. (szerk). (2015). Járási egészségtervezés módszertani kézikönyve. Állami Egészségügyi Ellátó Központ. 2015. https://www.researchgate.net/profile/Gergo-Turi-2/publication/348634222_Jarasi_egeszsegtervezes_modszertani_kezikonyv/links/6008819092851c13fe26a3ab/Jarasi-egeszsegtervezes-modszertani-kezikoenyv.pdf
- Túri G. (2019). Új utakon a hazai egészségtervezés. Egészségfejlesztés, LX. évfolyam, 2019. 1. különszám. <https://real.mtak.hu/199327/1/10884-Cikkszovege-47524-1-10-20230404.pdf>
- Wong HY., Marcu LG., Bezak E., Parange NA. (2020). Review of Health Economics of Point-of-Care Testing Worldwide and Its Efficacy of Implementation in the Primary Health Care Setting in Remote Australia. Risk management and healthcare policy, 13, 379–386. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S247774>
- www.neak.gov.hu Statisztikai évkönyvek

Jogszabályok:

- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól. <https://njt.hu/jogszabaly/1997-83-00-00.53>
- 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről. <https://njt.hu/jogszabaly/2000-2-00-00>
- 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról. <https://njt.hu/jogszabaly/2015-123-00-00>
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. <https://njt.hu/jogszabaly/1999-43-20-22>
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról. <https://njt.hu/jogszabaly/1997-26-20-3D>
- 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről. <https://njt.hu/jogszabaly/2003-60-20-0M>
- 49/2004. (V. 21.) ESZCSM rendelet a területi védőnői ellátásról. <https://njt.hu/jogszabaly/2004-49-20-0M>

9. Járóbeteg szakellátási kassa elemzése (1995-2024)

Szerzők: Salai Márton József, Pál Miklós, Dózsa Csaba László

Tartalom

9. Járóbeteg szakellátási kassa elemzése (1995-2024).....	1
9.1. Bevezetés – a járóbeteg szakellátás pozicionálása és struktúrája	2
9.2. Jogszabályi háttér	7
9.2.1 Társadalombiztosítási Azonosító Jel.....	9
9.2.2. Teljesítményvolumen-korlát	9
9.2.3. Laborkassa leválása.....	10
9.2.4. Vizitdíj	10
9.2.5. Járóbeteg szabálykönyv	11
9.3. A járóbeteg szakellátás a makro számok nyelvén	12
9.4. A Laborkassa létrehozásának oka és következményei	14
9.5. A járóbeteg szakellátás elemzésének fajlagos mutatói	17
9.5.1. Időegység alapú mutatók	17
9.5.2. Eset alapú mutatók.....	21
9.6. Az OEP, majd később a NEAK által kiadott statisztikai évkönyvek bemutatása	24
9.7. Kontrollkérdések	26
9.8. Kulcsfogalmak és rövidítések	26
9.9. Ábrajegyzék	27
9.10. Hivatkozások	28
9.11. Mellékletek.....	30

9.1. Bevezetés – a járóbeteg szakellátás pozicionálása és struktúrája

A járóbeteg szakellátási kassza már kezdettől fogva szerves része volt a Gyógyító-Megelőző ellátásoknak. 1990-től kezdve előbb a társadalombiztosítási főigazgatóság kezelte a Társadalombiztosítási alapot, majd az 1992-es kettéválást követően létrejövő Egészségbiztosítási Alapban a Gyógyító-megelőző ellátás egyik kiemelt kasszájaként jelent meg a **Járóbeteg szakellátás**. Ha sorba rendezzük az éves kiadási érték szerint, akkor csökkenő sorrendben ezt kapjuk: 1. az Aktív fekvőbeteg szakellátás, 2. Járóbeteg szakellátás, 3. Alapellátás- háziorvosi és háziorvosi ügyeleti ellátás, 4. Krónikus - rehabilitációs ellátás.

Ezen túlmenően még az 1990-es évek OEP Statisztikai Évkönyvében a szakellátás (szakrendelés) és szakambulanciák külön kategóriaként jelentek meg, ahogy egészen 2011 január 1-ig a Gondozó intézeti gondozás is külön sort képezett, vegyes finanszírozásban részesült: fix és teljesítmény díjban. Ezen belül öt gondozási forma volt sokáig elkülönítve: *Bőr és nemibeteg gondozás, Tüdőgondozás, Pszichiátriai, Onkológiai gondozás, Addiktológiai gondozás (alkohológia és drogellátás)*.

Ezek finanszírozási összege azonban egyre kisebb arányt, súlyt képviselt az összes járóbeteg szakellátási finanszírozásból (például 1995-2000 években 9,4-9,7% volt, 2005-ben még 10,7%-ot tett ki, aztán meredeken csökkent az aránya: 2010-ben már csak 3,9%-ot tett ki.). (Forrás: NEAK-gov.hu Tájékoztató a gondozóintézeti gondozás finanszírozásának változásáról).

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól (továbbiakban: Kormányrendelet) - alapján a gondozók finanszírozási rendszerének módosítása kapcsán a korábbi vegyes – részben fix díjjal finanszírozott – rendszer helyett 2011. november 1. napjától egy új, kizárólagosan teljesítményi alapokra helyezett finanszírozás kerül bevezetésére. Ennek megfelelően a Gyógyító-megelőző ellátásokra vonatkozó 2012. évi előirányzatban a gondozóintézeti gondozásra fordítható fix finanszírozási keretösszeg teljes egészében a járóbeteg-szakellátásra fordítható finanszírozási fedezetbe kerül átcsoportosításra. (Forrás: NEAK-gov.hu Tájékoztató a gondozóintézeti gondozás finanszírozásának változásáról). A módosítás eredményeként a gondozóintézetek a 2011. novemberi teljesítésüktől kezdődően kizárólag teljesítménydíjazásban részesülnek. A 2011. novemberi teljesítményhez kapcsolódó finanszírozás 2012. január hónapban kerül kifizetésre, és ehhez kapcsolódóan a járóbeteg-szakellátás teljesítményvolumen-korlátja is módosul. Mivel a gondozóintézeti gondozás havi fix összege a teljesítés hónapjához kapcsolódik, a teljesítmény szerinti elszámolás azonban két hónappal később kerül kifizetésre,

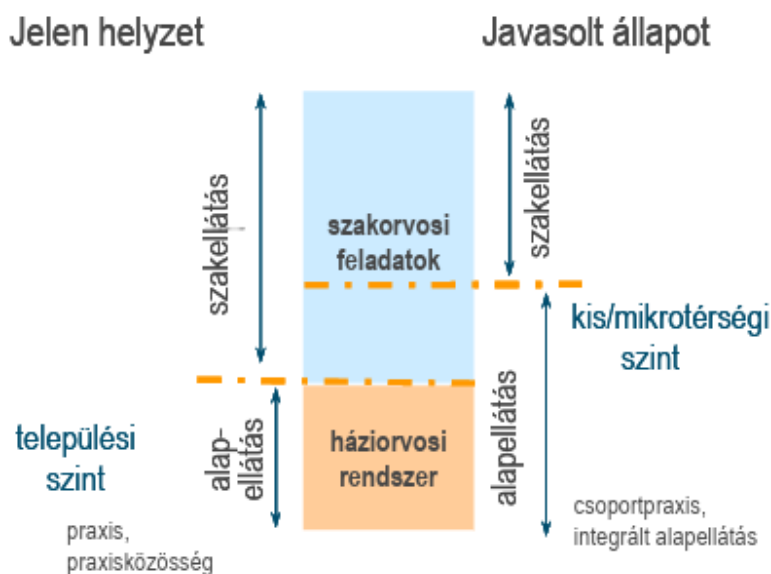
ezért a zökkenőmentes finanszírozás érdekében az átmeneti időszakban – 2011. november és december hónapban – is átutalásra kerül az előirányzat szerinti havi fix összeg.

Definíció szerint a járóbeteg szakrendelés / járóbeteg szakambulancia / gondozó intézeti gondozás. A járóbeteg szakrendelés és a szakambulancia is a nem fekvőbeteg-ellátás formái, de a leglényegesebb különbség az, hogy **a szakambulancia egy olyan, fekvőbeteg-ellátó intézményen belül működő járóbeteg-ellátó egység**, amely a fekvőbeteg-osztállyal rendelkező kórházakon belül működik. A szakambulancia a fekvőbeteg-osztályhoz kapcsolódóan biztosítja a szakellátást a járóbeteg-ellátás keretein belül. A járóbeteg szakrendelés ezzel szemben egy tágabb fogalom, amely lehet egy kórházon belül működő szakrendelés, vagy akár egy önálló, kórháztól független rendelőintézet is.

Az éves statisztikai kiadványokban még az 1990-es években a legfontosabb mutatók megyei bontásban az intézmények száma, esetek száma, beavatkozások száma, ezek fajlagos mutatói: 1000 lakosra jutó esetszám és beavatkozás szám. Másik táblában az elszámlolt pontszámok, az egy esetre jutó pontszám és az egy beavatkozásra jutó pontszámok szerepeltek.

Külön táblázatok foglalkoztak a szakmáknévi teljesítményekkel 22 féle szakma szerinti bontásban például elgyógyászat, szüléset-nőgyógyászat, sebészet, tüdőgyógyászat), amiből egyedül a fizioterápia volt nem orvosi szakma. A kifizetéseket teljesítmény és fix díj megkülönböztetésben találhatjuk meg megyék szerinti bontásban.

9.1. ábra Az alapellátás szükséges változása



Forrás: Kincses, 2010., Egészségpolitikai ábragyűjtemény

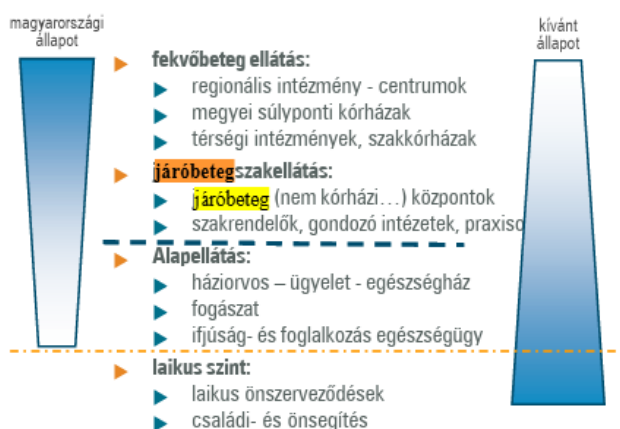
A Járóbeteg szakellátás szerepe, pozícionálása a magyar egészségügyben számos szakmai vita tárgyát képezi: Egyrészt lehet-e közelíteni az Egészségügyi alapellátáshoz? Elismerni azoknak a háziorvosoknak a végzettségét, és többlet tevékenységeiket, akik többféle szakvizsgával rendelkeznek. További lépés lehet a Csoportpraxisok kialakítása, ami az önálló szakorvosok bevonását jelenti az alapellátásba, részállásban, vagy főállásban, például kardiológus, gasztroenterológus, diabetológus.

Nem lehet úgy beszélni és elemezni a Járóbeteg szakellátás múltját és jelenét, hogy ne emelnénk ki *A Medicina2000 Magyar Járóbeteg Szakellátási Szövetség elmúlt 25, közel 30 évének tevékenységét* (Lásd Közgyűlés állásfoglalása, 2022), amely szervezet 1992-ben alakult. Varga Imre, a Társaság korábbi és örökös tiszteletbeli elnöke írásában (Varga, 2018) a szakmai orientációját emeli ki a holisztikus szemlélet, gyógyítás irányába. Az éves konferenciák állandó blokkja a járóbeteg szakellátás szervezése és az intézmények menedzsment kérdéseinek programja. További témakörök a jogi, finanszírozással, a kódrendszerrel, méretgazdaságossági, költséghatékonysági humánerőforrás gazdálkodással kapcsolatos kérdések megvitatása.

A Szövetség munkájával szorosan összekapcsolódott az IME (Interdiszciplináris Magyar Egészségügy) folyóirat, szaklap munkássága is. A lapban több tucat cikk, elemzés jelent meg az elmúlt 23 év alatt a járóbeteg szakellátás egyes területeit érintve (IME-online.hu).

Valójában a járóbeteg szakellátást több mint 70%-át már egyetemi klinikák és kórházak szakrendelői és szakambulanciái végzik. Azonban a Szövetség által képviselt álláspontok a kórházak és az egyetemi klinikák járóbeteg szakellátásai és szakambulanciái számára is számos esetben eredményeztek már javulást a finanszírozásban, elszámolási szabályokban.

9.2. ábra Az egészségügyi ellátás szintjei - strukturális problémák



Forrás: Kincses, 2010., Egészségpolitikai ábragyűjtemény

További jelentős finanszírozási változást jelentett az **Összevont szakellátás** létrehozása 2005-től. Ez stratégiai javaslat volt az OEP részéről, hogy rugalmasabbá tegye a szakellátási kasszák közötti átjárást, átcsoportosításokat, szolgálva ezzel a jobb hozzáférhetőséget, javítva az allokációs hatékonyságot, enyhítve a kórház-centrikusságot, (fekvőből járóbeteg ellátás irányába). Valamint a költség-hatékonyságot is, hogy forrást biztosítson a kórházi ellátásokat kiváltó ellátási formák fejlesztésére. Ennek konkrét szabálya (43/99-es Korm. rendeletben: még a Korm. rendeleti finanszírozási szabályok is ezt ösztönzik: A kormányrendelet 2008-as verziójában a 27.§ (19) pontja hivatkozik egy elkülönített keretre, amely az összevont szakellátás előirányzatból az egészségügyi szakellátás struktúraátalakításával összefüggő működési többletkiadások kompenzálására szolgál. Ennek részeként például azon önálló szakorvosi rendelőintézetek részére, amelyek olyan településen működnek, ahol aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó kórház nem működik és a hét minden napján biztosítják a lakosság számára az alapvető klinikai és diagnosztikai szakmákban az ellátást.

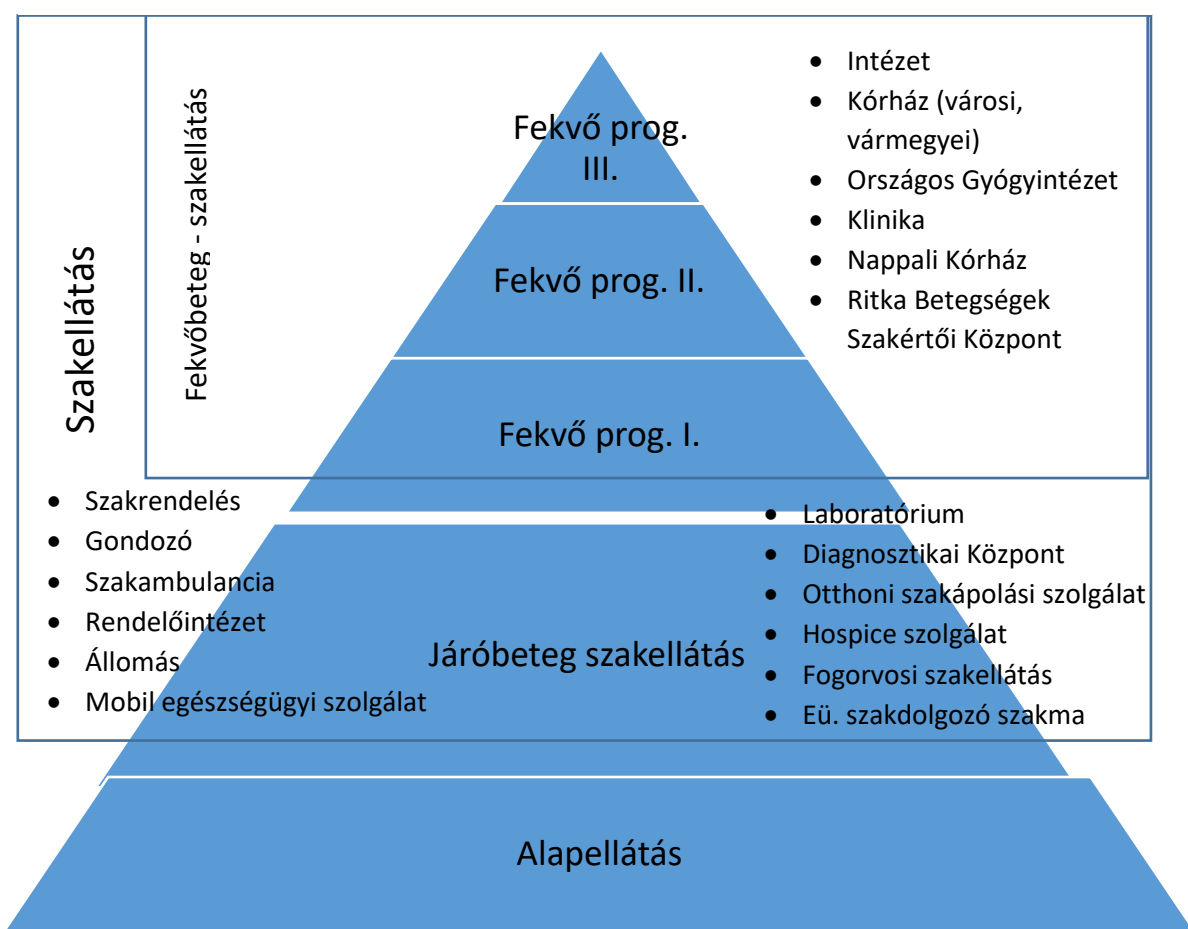
A struktúraátalakítást szolgáló finanszírozási szabályok rugalmassá tétele érdekében a Kormányrendeletben (38.§. (7) pont) létrehozásra került a járóbeteg szakellátás pontértékének és az aktív fekvőbeteg szakellátásban alkalmazott homogén betegcsoport (a továbbiakban: HBCs) súlyszámok egyenértékűségi váltószámának a kihirdetése: 100.000 pont / 1 súlyszám egyenértékben. További szabály a 38.§. (2) bekezdése szerint szintén a struktúraváltás előmozdítása érdekében: „A krónikus ellátások súlyozott napi díja és a Rendelet 3. számú melléklete szerinti HBCs-k súlyszám díja közti átszámítással a fekvőbeteg-ellátás teljesítmény értéke egységesen HBCs súlyszámokban is kifejezhető.” (9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről (Finanszírozási rendelet))

Ahogy az alábbi 3. ábra mutatja, maga a Járóbeteg szakellátás nem homogén ellátási forma. Azon belül több nagy szolgáltatási csoportot, vagy elkülönülő ellátási formát különböztetünk meg. Eleve 2002-től kassza szintjén is külön vált a Gyógyító-Megelőző ellátások rendszerében a Laborkassza, labordiagnosztikai ellátások. Az ellátási formán belül megkülönböztetünk szakorvosi és nem szakorvosi ellátásokat (utóbbiak például: fizioterápia, gyógytorna, dietetika, pszichológia). Későbbi alfejezetben majd láthatjuk, hogy ezek belső arányában milyen trendek változások figyelhetők meg az utóbbi 10 évben.

Az egészségügyi szakellátás struktúrája Magyarországon nem statikus, az elmúlt közel két évtizedben jelentős változáson ment át (Dózsa et. al., 2019), habár a tervezett reformok, átalakítások csak részben valósultak meg (Orosz, 2022.). Az önálló aktív kórházak száma a

2000-es évek eleji 150-ről 80 alá csökkent kisebb mértékben megszűnésekkel, és jelentős összevonásokkal (fúziók, kiskórházak beintegrálása), profilváltásokkal krónikus, rehabilitációs szakintézmények kialakításával. A hagyományos kórházi ellátásokat kiváltó ellátási formák elterjedése keretében hatalmas fejlődésen ment át az egynapos ellátások, sebészetek fejlődése is, az éves néhány 10 ezer esetről a több mint 350 ezer NEAK finanszírozott esetig, sok szakrendelő és kórház is kialakította már az egynapos sebészeti egységét. Az onkológiai, a hematológiai és neurológiai ellátásban nagyon nagy arányt ért el az ún. kúraszerű ellátások köre, mely szintén nem igényel kórházi befektetést, több napos benntartózkodást, még akkor sem, ha ezek elszámolási egysége továbbra is a HBCs (Dózsa, 2011a). Ezek mellett kialakult az SBO-k teljes országos hálózata a kezdeni kevesebb, mint egy tucat ellátóhelyből már több mint 40 osztály jött létre a 2010-es évek elejére. Ugyanakkor még nagyon sok tennivalóval néz szembe az ágazat, hogy igazán modern, a 21. századi fogyasztói igényeknek megfelelő, biztonságos szolgáltatásokat tudjon nyújtani a lakosságnak (Dózsa, Cseh, 2023).

9.3. ábra Az egészségügyi ellátás hierarchiája



Forrás: Dózsa, Cseh, 2023, 671. oldal, 11.5.ábra

Az elmúlt két és fél évtized kormányzati törekvése volt, hogy a HBCs rendszer, a hálapénz rendszer és a bőven rendelkezésre álló aktív fekvőbeteg szakellátási kapacitás eredőjeként 2002-2003-ra jelentősen megnőtt a kórházi esetszámot hatékonyan tudja visszaszorítani. Több kormányzati cikluson átívelő kapacitás racionalizálási (ágyszámcsökkentések és kórházi bezárások, profilváltások krónikus ellátás irányába), finanszírozási szigorításokra került sor, mint a Teljesítmény Volumes Keret (TVK) bevezetése (2006. évi CXXXII. tv., 2006, Dózsa, 2011a).

9.2. Jogszabályi háttér

A járóbeteg szakellátás definiálását és jogalapját az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) szabályozza első sorban a 3. cím Az egészségügyi ellátórendszer alatt, a 89. (1) pontja keretében.

Eszerint: *„Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalomszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően (a továbbiakban: lakóhelyének közelében) kell biztosítani.*

(2) Az (1) bekezdésben foglalt ellátás feladata: a) a megelőző tevékenység,

b) az egyes betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása, ideértve az otthoni szakápolás elrendelését és a rehabilitációt is,

c) szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a beteg otthonában is,

d) speciális szakmai, diagnosztikus, illetve terápiás háttér szükségessége esetén a beteg – vizsgálatát követő – más járóbeteg-szakrendelésre vagy szakambulanciára történő beutalása,

e) a járóbeteg-szakellátás kompetenciakörébe tartozó olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozások végzése, amelyeket követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges,

f) intézeti háttérrel igénylő ellátás szükségessége esetén a beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása.”

Ezen túlmenően a 90.§ szerint *„(1) az általános járóbeteg-szakellátás mellett a betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra – a külön jogszabályban foglaltak szerint – biztosítani kell speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő járóbeteg-szakellátást (a továbbiakban: speciális járóbeteg-szakellátás). (2) A speciális járóbeteg-szakellátás olyan*

betegségek ellátására szervezett egészségügyi ellátás, amely különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igényel.”

A magyar egészségügyi finanszírozási rendszer alapját az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) képezi, amelyet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) szabályoz annak 1. § (1) bekezdése értelmében. Az E. Alap három nagy csoportra osztható, magába foglalja a természetbeni ellátásokat, a pénzbeli és nyugellátásokat, illetve az egyéb kiadásokat. A természetbeni ellátásokon belül találhatóak a gyógyító-megelőző ellátások, azon belül az összevont szakellátás, melynek része a fejezetben taglalt járóbeteg szakellátás. A gyógyító-megelőző ellátások rendszerébe beletartozik továbbá az alapellátás és a fekvőbeteg-szakellátás is, amelyek között mondhatni „hidat képez” járóbeteg szakellátás, hiszen a szakorvosi vizsgálatok és beavatkozások kerülnek elvégzésre anélkül, hogy kórházi ellátásra kerülne sor.

A finanszírozás törvényi alapját szintén az Ebtv. teremti meg, amely rögzíti, hogy a biztosított személyek jogosultak az egészségbiztosítás által finanszírozott ellátásokra. E törvény rendelkezései alapján a finanszírozás fedezete az Egészségbiztosítási Alap, amelyet 43/1999 (III.3.). Korm. rendelet (finanszírozási rendelet) alapján a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kezel. Szintén az Ebtv. ad felhatalmazást a kormány számára (83.§ (3) bekezdés m) pont), hogy meghatározza „a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó beavatkozási csoportokat és azok pontértékét, valamint a járóbeteg-szakellátás egyes tevékenységeinek minimális ellátási idejét.” Az Ebtv. is kihangsúlyozza, hogy országosan elérhető ellátást kell biztosítani (13§.): „A biztosított betegsége esetén jogosult járóbeteg-szakellátás keretében történő vizsgálatra, gyógykezelésre, ideértve az ellátás során felhasznált - az ellátás finanszírozása során figyelembe vett - gyógyszert (kivéve a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszert), illetve kötszert is, továbbá a gyógykezeléséhez szükséges orvosi szakvéleményre, gondozásra”.

A rendelet komplex módon szabályozza mind a finanszírozási szerződések megkötésének és módosításának feltételeit, mind az elszámolás, teljesítményértékelés és adatjelentés rendjét. Ahogy minden más ellátás tekintetében, úgy a járóbeteg-szakellátás finanszírozásának részletes szabályait is természetesen a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet tartalmazza, amely a mai napig e terület egyik legfontosabb végrehajtási jogforrása. A rendelet 1. § (1) bekezdése kimondja, hogy az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatásokat csak olyan szolgáltató nyújthatja, amely a finanszírozóval (NEAK-kal) szerződéses jogviszonyban

áll, illetve a 2. § (1) bekezdése szerint a finanszírozás az E. Alap terhére történik, és a szolgáltató az általa nyújtott ellátás után a rendelet és annak mellékletei szerinti díjazásra jogosult.

9.2.1 Társadalombiztosítási Azonosító Jel

A járóbeteg szakellátásra és annak finanszírozására több egyéb jogszabály is vonatkozott, érdemes ezek közül megemlíteni a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (továbbiakban: TAJ) kapcsán az egészségügy társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 103/1995. (VIII.25.) számú Kormány rendeletet, mely még a finanszírozási rendelet előtt került kihirdetésre, ám annak megjelenésével redundánssá váltak egyes szabályozások melyek végett a rendelet módosításra került, végül az egészet hatályon kívül helyezték. A TAJ-számra vonatkozó rendelkezésekről a finanszírozási rendelet 4.§-ában olvashatunk először, ámbár a jogforrás más egyéb pontjain is megjelenik, tekintettel arra, hogy a társadalombiztosítás a közegészségügyi szakellátás alappillére, a TAJ érvényessége határozza meg a NEAK-nál nyilvántartott jogosultság státuszát. A TAJ-szám bevezetését a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvény alapozza meg.

A törvény szerint *a TAJ szám egy kilenc számjegyből álló szám, amelyben az első nyolc számjegy egy folyamatosan kiadott egyszerű sorszám, amely mindig az előző, utoljára kiadott sorszámból egy hozzáadásával keletkezik.* A kilencedik számjegy egy ellenőrző, ún. CDV kód, melynek képzési algoritmusra meglehetősen érdekes. A törvény szerint *a TAJ szám első nyolc számjegyből a páratlan helyen állókat hárommal, a páros helyen állókat héttel szorozzuk, és a szorzatokat összeadjuk. Az összeget tízzel elosztva a maradékot tekintjük a kilencedik, azaz CDV kódnak.* Ez a konstrukció egyrészt egyszerűséget és folyamatos kioszthatóságot biztosít, másrészt a kilencedik számjegy által beépített ellenőrzés automatikusan kiszűri az elütéseket és egyszerű bevitel-hibákat az informatikai rendszerekben. A TAJ-alapú nyilvántartás és a TAJ-ellenőrzés annak a kulcsa, hogy a járó- és fekvőbeteg szakellátásban az elszámolások megbízhatóak legyenek, hiszen a TAJ-szerinti jelentés teszi lehetővé a biztosítottak ellátásának térítésmentességének ellenőrzését, a teljesítmény-azonosítást és az statisztikai elszámolásokat, valamint a visszakövetelési lehetőségek jogi érvényesítését, ha jogtalanul történt elszámolás.

9.2.2. Teljesítményvolumen-korlát

A járóbeteg szakellátás másik fontos alappillére a teljesítményvolumen korlát (továbbiakban: TVK). A teljesítményvolumen, mint fogalom először 2003. március 1-én került bele a finanszírozási rendeletbe, akkor csak mint lehetőségként említették benne, miszerint *a finanszírozási szerződésben meghatározható a szolgáltató által nyújtható szolgáltatások köre,*

illetve mennyisége, a teljesítés időbeli ütemezése és a többletteljesítmény elszámolásának mértéke. A szabályozás 2004. májusában került pontosításra, ahol kikötésre került, hogy a járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan az elszámolható teljesítmény mennyiségét szolgáltatóként éves szinten kell meghatározni. A TVK a bevezetése óta több változáson ment keresztül, 2004 óta összességében kétféle esetről beszélhetünk, degresszív és egysávos TVK. Degresszív TVK esetén a szolgáltató által teljesített ellátási volumen (azaz a betegellátások mennyisége, súlyszámban vagy pontban mérve) meghatározott korlátig (TVK-ig) teljes mértékben finanszírozásra kerül, viszont a korlát felett a finanszírozó (NEAK, korábban OEP) csökkentett mértékben fizet, akár sávonkénti csökkentéssel. Ezzel szemben az egysávos (más néven lineáris) TVK nem alkalmaz külön sávokat vagy csökkentett térülési kulcsokat. A TVK alakulását jelen fejezet 1. sz. melléklete tartalmazza. A TVK mint fogalom a finanszírozási rendeletről kikerült (pontosabban a záró rendelkezések között még utalnak rá), helyébe a tervezett éves keret (továbbiakban: TÉK) lépett, melynek rendelet szerinti definíciója az alábbi mondat: *Önálló elszámolási tételként elszámolható, jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége, amelyre a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a jelen rendeletben foglalt szabályok szerint jogosult.*

9.2.3. Laborkassza leválása

A járóbeteg-szakellátással kapcsolatos jogszabályok kapcsán fontos megemlíteni több aprónak tűnő, de mégis nagy jelentőséggel bíró döntést, ilyen például a laborkassza leválása a járóbeteg szakellátás költségvetési sorról, mely témáról jelen fejezet későbbi pontjában hosszabban is szó esik. A laborkassza 2002. január 1-től külön sorként jelent meg a finanszírozási rendelet 5. sz. mellékletében, mely a gyógyító-megelőző ellátások tárgyévi előirányzatait foglalja magában. Ennek jogi előkészítése a 43/1999. rendeletet módosító 257/2001. (XII. 19.) Korm. rendelet volt, amely a 2002-es költségvetési évre vonatkozóan elkülönített labor-előirányzatot vezetett be.

9.2.4. Vizitdíj

Ugyan nem a finanszírozási rendelethez köthető közvetlenül, de a járóbeteg szakellátás jogi hátterének elemzése során elengedhetetlen megemlíteni a vizitdíjat, mely a járóbeteg szakellátás mellett érintette a háziorvosi és fogászati ellátást is. A vizitdíj 2007 februárjában került bevezetésre, arról az Ebtv. rendelkezett oly módon, hogy az előbb említett ellátási típusoknál annak mértéke 300 Ft/alkalom. A vizitdíj végrehajtási szabályait részletező kormányrendeleti keretet a 16/2007. (II. 13.) Korm. rendelet adta, amely a vizitdíjjal és a

kórházi napidíjjal kapcsolatos végrehajtási szabályokat állapította meg (mentességi körök, visszatérítési szabályok, nyugta-kiállítás, nyilvántartás és egyes adminisztratív előírások). A jogalkotó a gyakorlati alkalmazás során részletes mentességi rendszert állított fel. A vizitdíj nem volt alkalmazandó többek között a 18 év alattiakra, a terhesgondozásra, a sürgősségi ellátásra, a fogászati sürgősségre, a tartós kezelésre szoruló súlyos betegek egy részére és a meghatározott szociálisan rászoruló csoportokra. A vizitdíj jelentős hatást gyakorolt a járóbeteg-szakellátás teljesítményére és kiadásaira, bevezetésének következtében csökkent a betegek ellátási igénye, ami rövid időn belül mérhető esetszám-visszaesést eredményezett, mely hatás nemcsak az indokolatlan, hanem az orvosilag szükséges megjelenéseket is érintette. A járóbeteg-szakellátás teljesítményalapú finanszírozása miatt az esetszám csökkenése közvetlenül a pontszámok és a pénzügyi bevételek visszaeséséhez vezetett, így a vizitdíj egészségügyi keresletcsökkenést idézett elő (Nagyistók, 2010). Ezzel párhuzamosan a vizitdíj bevezetését országos szinten többen bírálták, melynek következtében Fidesz-KDNP kezdeményezésére országos népszavazást írtak ki annak megszüntetésének kérdésében. A népszavazás időpontját Sólyom László köztársasági elnök 2008. március 9-ére tűzte ki, melyen a szavazatok többsége a vizitdíj eltörlésére érkezett, így azt 2008. áprilisi hatállyal törölték az Ebtv-ből.

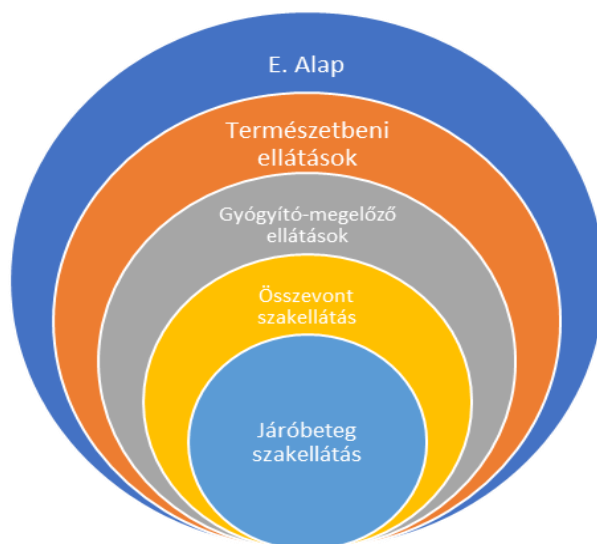
9.2.5. Járóbeteg szabálykönyv

További fontos, nem a finanszírozási rendelethez közvetlen köthető fogalom a „Járóbeteg szabálykönyv”, mely 2012. február 28-án az 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet formájában került kihirdetésre, mely rendelet a mai napig (ugyan nem közlönyállapotban, de) hatályos. A járóbeteg szabálykönyv szorosan összekapcsolódik az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelettel, ugyanis kimondja, hogy *e rendelet előírásait az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet (a továbbiakban: NM rendelet) 2. és 15. számú mellékletében foglalt járóbeteg-szakellátás tevékenységek tekintetében kell alkalmazni.* A szóban forgó mellékletek a közül a 2. sz. melléklet a *járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódjait*, míg a 15. sz. melléklet a *gondozóintézeti szűrés és gondozás keretében az egyes szakterületeken elszámolható tevékenységek és azok pontértékeit* tartalmazza. A 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet annak ellenére, hogy csak 17 §-ból áll, egy meglehetősen terjedelmes rendelet, mely a benne lévő 6 db mellékletnek köszönhető. A mellékletek rövid bemutatását jelen fejezet 2. sz. melléklete tartalmazza.

9.3. A járóbeteg szakellátás a makro számok nyelvén

A járóbeteg szakellátás – ahogyan a fejezet jogszabályi háttérének elemzése során is kifejtésre került – az Egészségbiztosítási Alap, a Természetbeni ellátások, a Gyógyító-megelőző ellátások, illetve legbelül az összevont szakellátások kategóriájába sorolható. A besorolást vizuálisan a 4. ábra ismerteti.

9.4. ábra A járóbeteg szakellátás elhelyezkedése az E. Alapon belül



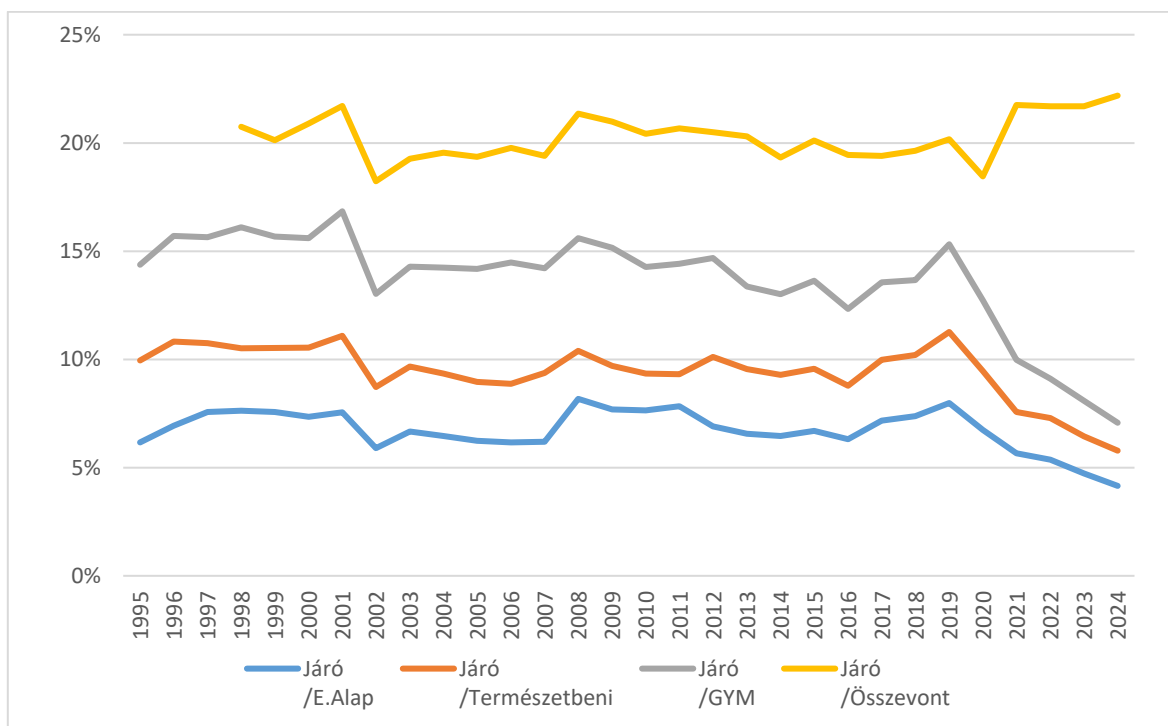
Forrás: Saját szerkesztés

Miután e rövid kitekintés során ismertetésre került a járóbeteg-szakellátás helye az E. Alapban, érdemes kitérni a kasszáról történő kifizetések kronologikus alakulásának az elemzésére. Ennek segítségével a tárgyévi aktuális központi költségvetés, illetve a NEAK adatbázisában szereplő kifizetési adatok szolgálnak. Mielőtt a számok elemzése terítékre kerülne, fontos kitérni a járóbeteg ellátás előirányzatainak és kifizetésének nyilvántartási és lejelentési formájára. Az elemzés az 1995-2024. évig történő időszakra terjed ki. Ezen időszak első éveiben a finanszírozások kimutatása a maitól eltérően működött. A gyógyító-megelőző ellátások finanszírozásának tárgyévi előirányzatát a finanszírozási rendelet 5. sz. melléklete tartalmazza, mely jelen fejezet 3. sz. mellékletét képezi.

Az elemzési időszak első éveiben máshogy kategorizálták a főbb ellátástípusokat. 1998-ig 4 fő kategória volt: Háziorvosi ellátás finanszírozás, feladatfinanszírozás, járóbeteg-szakellátás finanszírozás, fekvőbeteg-szakellátás finanszírozás. Külön érdekesség, hogy a feladatfinanszírozás alatt megjelentek járóbeteg-szakellátás fedezetéül szolgáló sorok, ilyenek voltak pl. a tüdőgondozás, az ideggyógyászat gondozás és az onkológiai gondozás. 1999-től külön soron tartották nyilván az otthoni (akkor még „házi”) szakápolást, illetve a

művesekezést, melyek a mai napig külön alkasszán szerepelnek a gyógyító-megelőző ellátásokon belül. Érdekes a fejezet ezen pontján is említést tenni a laboratóriumi ellátás kasszájáról, melyet az Országos Egészségpénztár (OEP, jogutódja NEAK) 2002 óta külön kezel a járóbeteg szakellátástól, ellenben a központi költségvetésben csak 2006-tól jelenik meg külön soron. Ebben az évben más módosítás is történt, a központi költségvetésbe is bekerült az „összevont szakellátás” fogalma, mely magába foglal több korábban feltüntetett alkasszát, melyek a korábbi években külön voltak feltüntetve, ezek közé tartozik a járóbeteg-szakellátás is. Érdekes említést tenni a CT/MRI kasszájáról is, mely egyes dokumentumokban és táblázatokban külön került nyilvántartásra a járóbeteg szakellátástól, más dokumentumokban viszont egy kalap alá vette azzal.

9.5. ábra Járóbeteg szakellátás aránya más nagyobb kasszákhoz viszonyítva 1995-2024 (%)



Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

Ezen ismeretek figyelembevételével kerül bemutatásra jelen fejezetben a 4. sz. mellékletben: a járóbeteg szakellátás kifizetéseinek mértéke más nagyobb kasszákhoz viszonyítva azon kiegészítésekkel, hogy a CT/MRI kassza kifizetéseit jelen fejezet a járóbeteg szakellátás kifizetéseivel egyben kezeli. Az 4. sz. mellékletként említett táblázatban szereplő összevont szakellátás 2006-tól része a központi költségvetésnek, ellenben az adatok a trendek egyszerűbb szemléltetése végett 1998-tól kerülnek feltüntetésre, külön figyelmet fordítva arra, hogy a krónikus betegellátási kasszát a teljes időszak alatt az összevont szakellátással alá helyezi. Ezen

információkat jegyzetszerűen a táblázat oldalán szereplő lábjegyzet is ismerteti, illetve a táblázat tartalmát az 5. ábra vizuálisan ismerteti.

A járóbeteg szakellátás további elemzéséhez fontos megemlíteni, hogy mindez – illetve ennek a finanszírozása – hogyan zajlik a gyakorlatban. A járóbeteg szakellátás a kórházi fekvőbeteg-ellátástól elkülönülő, ambuláns formában nyújtott szakorvosi rendelőben történő vizsgálatokat és kisebb beavatkozásokat jelenti, melynek célja, hogy a betegek kórházi felvétel nélkül kapjanak szakképzett ellátást. A fenntartó lehet helyi önkormányzat, állami intézmény (például kórházak esetén az állami fenntartó szervezet), egyházi vagy alapítványi szereplő, illetve magánszemély vagy magáncég; ez a fenntartói forma határozza meg a működés és a finanszírozás kereteit.

Finanszírozási szempontból az önkormányzati és állami szakrendelők többsége a NEAK által elszámolt teljesítménypontok alapján kap forrást, míg a magánrendelők elsősorban betegdíjakból és magánbiztosításból származó bevételekre támaszkodnak, ellenben ezen cégeknek is lehetnek közfinanszírozott rendeléseik. Minden vizsgálatot és beavatkozást egy OENO kóddal azonosítanak, ezekhez pontérték tartozik, és az intézmény által összegyűjtött pontszámok adják a teljesítmény alapját. Az előbb említett pont a „német pont” – mely neve ellenére a magyar rendszerben használt pontmérték – az egyes beavatkozások relatív súlyát fejezi ki, tehát a pontszámot megszorozva a hatályos forint értékkel kapjuk meg az elszámolható összeget. A NEAK tehát nem közvetlenül a vizsgálatonkénti orvost fizeti, hanem az intézményt téríti a leadott pontok alapján, és az intézmény belső szabályai szerint osztja el a bevételt és a bérkeretet. A finanszírozásnál fontos korlát a teljesítmény-volumen korlát (TVK), amely meghatározza, hogy mennyi teljesítményt és milyen arányban térít meg a biztosító, és a korlát feletti teljesítmény csak részben vagy egyáltalán nem térül meg (ahogyan az a jogszabályi fejezetben és a kapcsolódó mellékletben is részletesebben olvasható). Maradva a makro számoknál, az 5. sz. mellékletben bemutatásra kerül azon szakmák listája, melyeket 2023-ban a legtöbb páciens vett igénybe, megjelenés szerinti csökkenő sorrendben.

9.4.A Laborkassza létrehozásának oka és következményei

A laboratóriumi diagnosztikai ellátások finanszírozása a magyar egészségbiztosítási rendszerben a kezdeti időszakban a járóbeteg-szakellátás előirányzatán belül került elszámolásra. Ez a megoldás hosszú ideig megfelelőnek bizonyult, azonban az 1990-es évektől a laboratóriumi vizsgálatok volumene és költségigénye számottevően növekedett (Kővári, 2015). A technológiai fejlődés, az indikációs kör bővülése, valamint a prevenciós és krónikus ellátások térnyerése egyaránt hozzájárult ahhoz, hogy a labordiagnosztika finanszírozási súlya

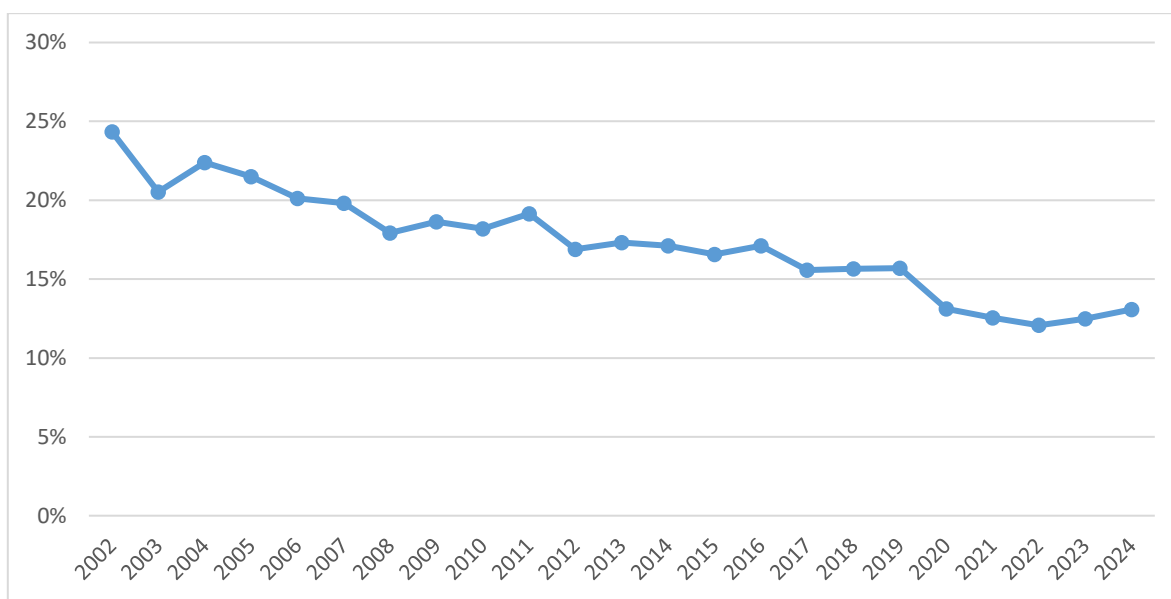
évről évre meghaladja korábbi évek kereteit. A járóbeteg-szakellátási kasszán belüli finanszírozás egyre kevésbé tette lehetővé a laboratóriumi ellátások költségeinek átlátható nyomon követését többek között ennek a növekedésnek köszönhetően. A laborvizsgálatok teljesítményei torzították a járóbeteg-szakellátás fajlagos mutatóit, miközben a laboratóriumi ellátás sajátos működési és költségstruktúrával rendelkezik. E nehézségek és nehezebb átláthatóság kezelésére került sor a laboratóriumi ellátások finanszírozásának elkülönítésére. A laborkassza önálló előirányzatként történő létrehozása 2002. január 1-jével valósult meg. Az elkülönítés jogszabályi alapját a finanszírozási rendelet módosítása biztosította, amely a gyógyító-megelőző ellátásokon belül külön kasszaként határozta meg a laboratóriumi diagnosztikai ellátásokat. A döntés célja az elszámolási rendszer egyszerűsítése, valamint a laboratóriumi ellátásokhoz kapcsolódó kiadások pontosabb tervezhetősége, valamint természetesen a laborvizsgálatok költségeinek egyszerűbb átláthatósága volt.

Az önálló laborkassza kialakítása lehetővé tette, hogy a laboratóriumi vizsgálatok volumene és finanszírozási igénye elkülönülve jelenjen meg az egészségbiztosítási adatokban, segítve ezzel az elemzők munkáját. A járóbeteg-szakellátás kasszájáról történő leválás hozzájárult a pénzügyi transzparencia növeléséhez, valamint megteremtette a laboratóriumi ellátások önálló elemzésének szakmai alapját, a korábbi rendszerrel szemben így egyértelműbbé vált, hogy a laboratóriumi diagnosztika milyen mértékben terheli az Egészségbiztosítási Alapot. A laborkassza ugyanakkor zárt előirányzati formában működik, vagyis a tárgyévre meghatározott keretösszeg túllépése nem jár automatikus többletfinanszírozással (Kövári, 2015). Ez a finanszírozási logika abból a feltételezésből indult ki, hogy a volumenek megfelelő indikációs fegyelemmel kontrollálhatók, a gyakorlatban azonban a laboratóriumi ellátások iránti igény döntően nem a szolgáltatók döntéseinek, hanem az orvosi beutalásoknak és szakmai irányelveknek a következménye.

A szakirodalom rámutat arra is, hogy a labordiagnosztika horizontális szolgáltatásként az ellátórendszer valamennyi szintjét kiszolgálja, finanszírozási értelemben ezért nehezen sorolható egyetlen ellátási kasszához, mivel az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-ellátás egyaránt jelentős mértékben támaszkodik rá. E sajátosság következtében az önálló laborkassza nem minden esetben illeszkedik maradéktalanul az ellátórendszer strukturális logikájához. Ennek alapján megállapítható, hogy a laborkassza létrehozása fontos lépést jelentett az egészségbiztosítási finanszírozás átláthatóságának javításában, ugyanakkor hosszabb távon felszínre hozta a zárt kasszás finanszírozás korlátait. A tapasztalatok alapján a labordiagnosztika elkülönítése elsősorban pénzügyi-technikai megoldásként értelmezhető,

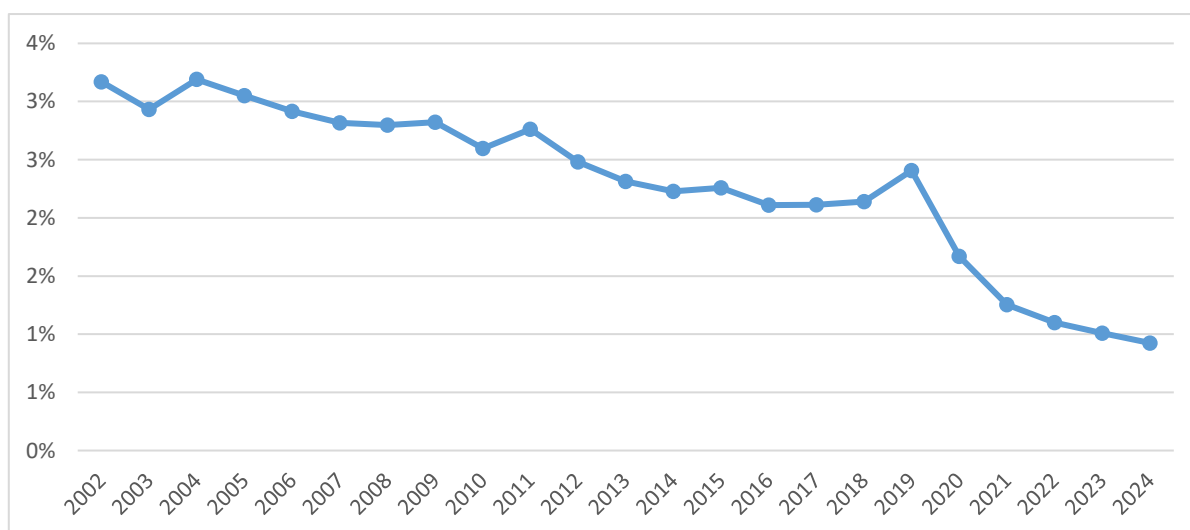
amely önmagában nem volt elegendő a diagnosztikai ellátások finanszírozási feszültségeinek teljes körű kezelésére. Több cikk és tanulmány is foglalkozott a laborkassza leválasztásának következményeivel, mely kutatások mélységi részleteit jelen fejezet nem kívánja ismertetni, ellenben azt fontos tudni, hogy a laborkassza létrehozásának óta annak nominális összege nagyságrendileg változatlan maradt, miközben a laborvizsgálatok száma, összetettsége és technológiai igénye az évek során jelentősen nőtt, így a laborkasszára szánt források évről évre elinflálódtak (Kövári, 2015).

9.6. ábra Laborkassza finanszírozási aránya a Járókasszához viszonyítva 2002-2024 (%)



Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

9.7. ábra Laborkassza finanszírozási aránya a GYM-kasszához viszonyítva 2002-2024 (%)



Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

9.5.A járóbeteg szakellátás elemzésének fajlagos mutatói

A járóbeteg-szakellátás teljesítményének értékelése nem csupán az abszolút esetszámokon vagy bevételeken keresztül történik, hanem fajlagos, normalizált mutatók segítségével. Ezek a mutatók lehetővé teszik, hogy különböző szakmák, intézmények vagy időszakok teljesítménye összehasonlíthatóvá váljon – figyelembe véve az eltérő kapacitásokat, rendelési időt és beavatkozási profilokat. A fajlagos mutatók az egészségügyi menedzsmentben a hatékonyság, kapacitáskihasználás és termelékenység mérésének legfontosabb eszközei. A járóbeteg-szakellátásban a munkaidő, az orvosi óraszám és a kapacitás (rendelési órák, munkaórák) tekinthető leginkább konstans erőforrásnak. Ezért érdemes a teljesítményt időegységre vetítve mérni, és így megfigyelni, hogy egy szakrendelés mennyi esetet, beavatkozást, pontszámot vagy finanszírozási értéket tud előállítani egy adott órán belül. Jelen fejezet nem mélyül el egyes szakmák elemzésében, inkább átfogó képet ad a járóbeteg szakellátásról és annak fontosabb mutatószámairól, ennek értelmében az adatok makro szinten kerülnek bemutatásra. A mutatókat többféleképpen lehet csoportosítani, jelen fejezet a mutató „nevezőjében” szereplő attribútuma alapján rendszerezi, és elemzi ezen mérőszámokat. Egyes mutatók az időt tekintik alapegységnek, ezzel azt mutatják meg, hogy a rendelés adott időszakában (jelen esetben óránként) mennyi szakmai és finanszírozási teljesítmény keletkezik.

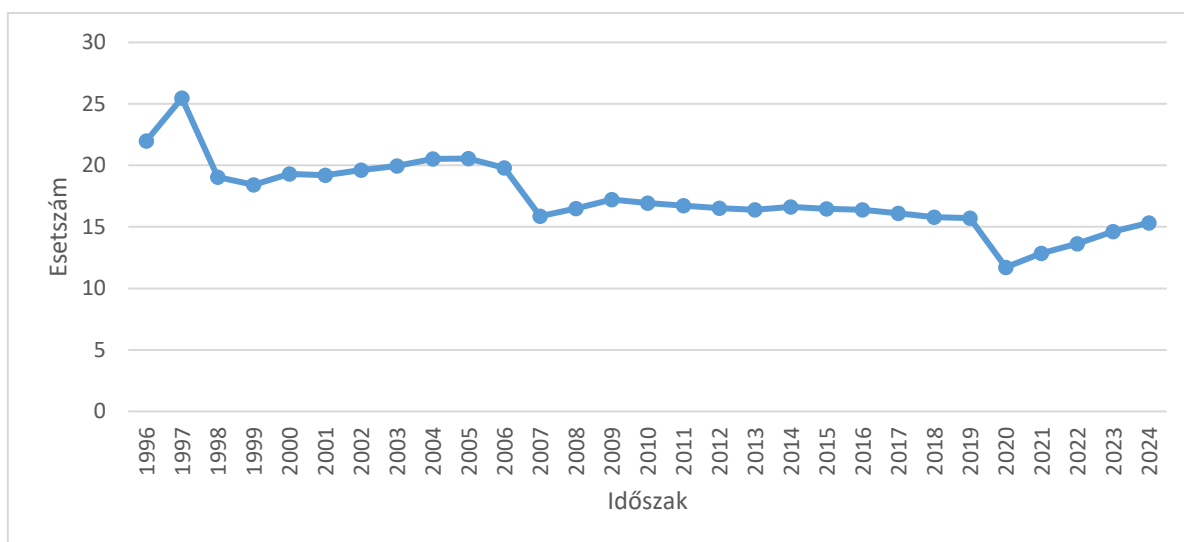
Ezek a mutatószámok azért fontosak, mert az idő a járóbeteg-ellátás egyik legszűkösebb és legjobban mérhető erőforrása. A rendelési óraszám általában fix, így az időarányos mutatók valódi képet adnak a kapacitáskihasználásról, termelékenységről és hatékonyságról. Dózsa Csaba (Dózsa, 2011b; Dózsa, 2015) tanulmányai is hangsúlyozzák, hogy a struktúraváltás során a járóbeteg-ellátás kulcsát éppen az időegységre vetített teljesítmény növelése jelentette, hiszen a fekvőbeteg-rendszerben megszűnt kapacitások egy részét csak így lehetett kiegyensúlyozni. A fejezet 4 különböző mutatószámot ismertet, ezek az alábbiak: esetszám/óra, beavatkozásszám/óra, pontszám/óra, forint/óra. Ezen mutatók kerülnek bemutatásra a fejezet további részében, külön bemutatva a szakorvosi és nem szakorvosi órákat. Az adatokat 1996-2024. évre vonatkozóan kerülnek elemzésre. A fejezet ezen szakaszában az adatok nem tartalmazzák sem a laborkassza, sem pedig a CT-MR kassza adatait.

9.5.1. Időegység alapú mutatók

Az **esetszám/óra** mérőszám azt fejezi ki, hogy egy rendelési órán átlagosan hány beteg esete kerül ellátásra. Ez az egyik legegyszerűbb, de legbeszédesebb hatékonysági mutató, mert közvetlenül méri a rendelési idő kihasználtságát és betegforgalmát. Magas értéke arra utal, hogy

az adott szakrendelés gyorsan dolgozik, sok páciens lát el rövid idő alatt – ami jó jel a hozzáférés és a várakozási idők szempontjából, ugyanakkor felvetheti a szakmai mélység vagy a vizsgálati minőség kérdését. Alacsony esetszám/óra jellemző lehet olyan szakmákra, ahol hosszabb időigényű, komplex vizsgálatok zajlanak (pl. kardiológia, neurológia. Az esetszám/óra mutató szorosan összefügg a pontszám/eset mutatóval: ha egy rendelésen több beavatkozás történik egy beteghez kapcsolódva, akkor az esetszám/óra relatíve alacsony maradhat, miközben a pontszám/óra mégis magas. Dózsa Csaba (2011b) által javasolt indikátorstruktúrában az ilyen időalapú mutatók épp azért fontosak, mert a struktúraváltás során segítenek azonosítani, mely szakrendelések működnek alulhasznált kapacitással, és hol azonosítható még időalapú teljesítmény-növelési potenciál. Az esetszám/szakorvosi óra és az esetszám/nem szakorvosi óra mutató alakulását az alábbi 2 ábra ismerteti.

9.6. ábra Egy szakorvosi órára jutó esetek száma 1996-2024 (db)



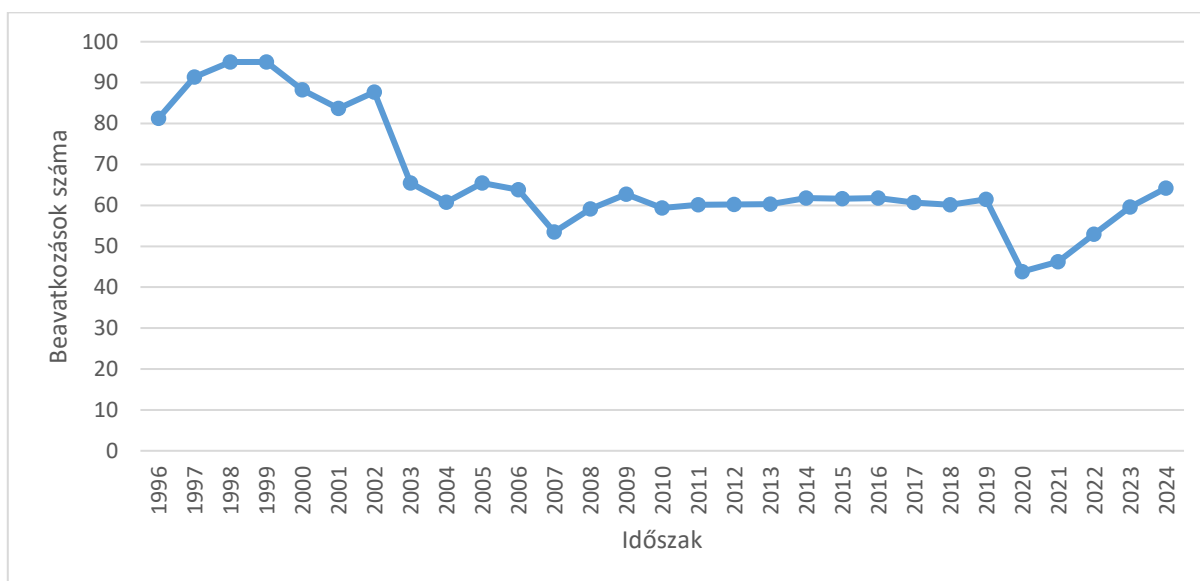
Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

Az egy órára jutó esetek száma kis léptékben, de majdnem folyamatosan csökkent, törést a vizitdíj és a COVID-19 pandémia okozott.

A **beavatkozásszám/óra** mutató azt méri, hogy egy rendelési órában hány konkrét szakmai eljárás (vizsgálat, kezelés, beavatkozás) történik. Mivel egy beteg több beavatkozást is igénybe vehet egy orvos-beteg találkozó alatt, ez a mutató finomabb képet ad az orvosi munka intenzitásáról, mint az esetszám önmagában. Magas értéke általában a jó szervezethez, magas aktivitást és optimális eszközhasználatot jelzi például olyan szakmákban, ahol rövid, standardizált beavatkozások jellemzők (pl. szemészet, bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet). Ugyanakkor a beavatkozásszám/óra túlzottan magas értéke arra is utalhat, hogy a rendelés

„átfutó jellegű”, vagyis a vizsgálatok inkább rutinellenőrzések, kevés egyedi diagnosztikai mélységgel. Ezzel szemben a komplex szakrendeléseken (pl. belgyógyászat, kardiológia) a mutató alacsonyabb, de a pontszám/óra és Ft/óra magas maradhat, mivel egy-egy beavatkozás magas szakmai súlyú és finanszírozási értékű. Dózsa (2018) a labordiagnosztikai folyamatok kapcsán kiemeli, hogy a beavatkozásszám növekedése együtt járhat a hatékonyság javulásával, de csak akkor, ha az indikációs fegyelem és a diagnosztikai integráció (pl. labor–klinikai együttműködés) biztosított. Ez a mutató tehát az operatív teljesítmény egyik legjobb fokmérője, amelyet a minőségi indikátorokkal együtt kell értelmezni.

9.7. ábra Egy szakorvosi órára jutó beavatkozások száma 1996-2024 (db)



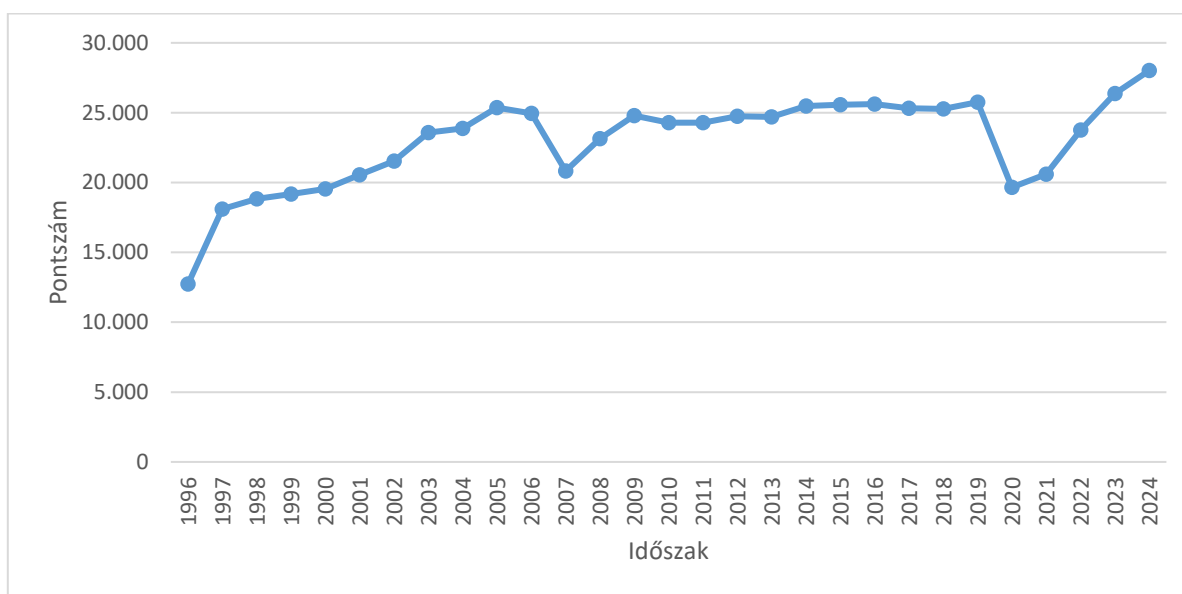
Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

Az egy szakorvosi órára jutó beavatkozások száma az évek során trendszerűen csökkent, majd 2010-től stagnálás következett be. a COVID-19 pandémia újabb csökkenést eredményezett, de idővel visszaállt a mutató a pandémia előtti nagyságrendekre.

A **pontszám/óra mutató** az egy órára eső finanszírozási pontmennyiséget fejezi ki, vagyis megmutatja, hogy a rendelés óránként mennyi szakmai-szolgáltatási teljesítményt produkál. Ez a mutató nem feltétlen csak a forgalmat méri, hanem a teljesítmény súlyát is, mivel a pontszámok beépítve tartalmazzák a beavatkozás szakmai értékét és erőforrásigényét. Magas pontszám/óra jellemző azokra a szakrendelésekre, ahol összetett, pontértékben gazdag eljárások történnek (pl. ultrahang-diagnosztika, onkológiai kezelések, komplex kardiológiai vizsgálatok). A pontszám/óra tehát egyfajta „minősített termelékenységi mutató”, amely a mennyiséget és a szakmai súlyt egyszerre méri. Kapcsolata az esetszám/óra és beavatkozásszám/óra mutatókkal fordított lehet: míg az említett két mutató a gyors átfutású szakmákban magasak, addig a

pontszám/óra gyakran ott kiemelkedő, ahol a munkafolyamat hosszabb, de nagyobb értéket képvisel. A pontszám/óra mutató emiatt a stratégiai hatékonyság szempontjából lehet az intézmények fontos mutatója, különösen akkor, ha a cél az intézményi profilgazdálkodás és forrásallokáció optimalizálása.

9.8. ábra Egy szakorvosi órára jutó pontszám 1996-2024



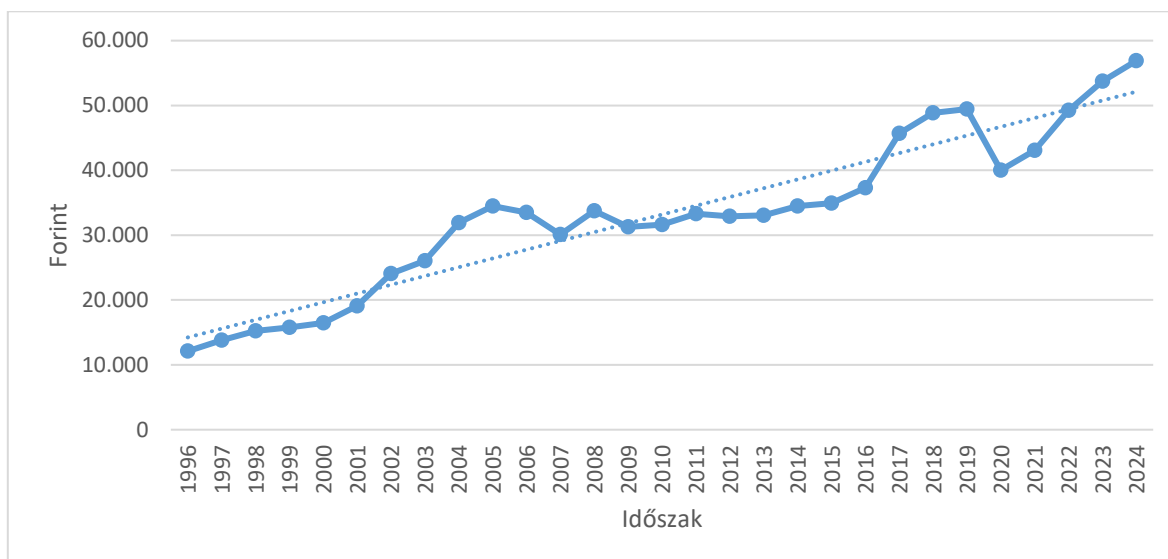
Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

Az egy órára jutó pontszám 2006-ig emelkedett, majd 2007-ben a vizitdíj bevezetése egy lefelé irányuló törést okozott. Ezt követően a pontszám stagnált, majd 2020-ban a COVID-19 pandémia újabb bezuhanást eredményezett, mely után folyamatos növekedés vehető ki.

A **forint/óra** mutató azt mutatja, hogy egy rendelési órában mekkora finanszírozási értéket termel az adott szakrendelés. Ez a mutató közvetlenül átszámítja a szakmai pontokat pénzre, így az intézményi menedzsment és a gazdasági tervezés számára kulcsfontosságú döntéstámogató eszköz. A forint/óra segít meghatározni, mely rendelési típusok, napszakok vagy szakmák biztosítják a legjobb bevétel-idő arányt, és mely területek igényelnek hatékonyságnövelést vagy kiegészítő finanszírozást. A magas forint/óra érték nemcsak hatékonyságot, hanem magas szakmai értéket is jelezhet, míg az alacsony érték figyelmeztethet a forgalom hiányára, alacsony pontértékű beavatkozások túlsúlyára vagy szervezési problémákra. Kapcsolatban áll a pontszám/óra mutatóval, hiszen a kettő közti arányt gyakorlatilag a forint/pont érték határozza meg. Dózsa Csaba (2011, 2015) munkái is utalnak arra, hogy a struktúraváltás során a járóbeteg-rendszer sikerét nemcsak szakmai, hanem gazdasági értelemben is az határozta meg, mennyire tudott stabil óránkénti bevételt és

fenntartható finanszírozási szintet produkálni. A forint/óra mutató tehát nemcsak az intézményi hatékonyság, hanem a finanszírozási fenntarthatóság szempontjából kiemelkedően fontos, alapja a kapacitástervezésnek, bérköltség-számításnak és fejlesztési döntéseknek.

9.9. ábra Egy szakorvosi órára jutó kifizetett összeg 1996-2024 (forint)



Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

Az egy órára jutó kifizetések folyamatosan emelkedtek az elmúlt közel 30 évben. Törést a 2007-ben bevezetett vizitdíj, majd 2020 és 2021-ben a COVID-19 pandémia ideje jelentett, majd ezen éveket követően a teljesítmények visszarendeződtek a korábbi trendvonalra.

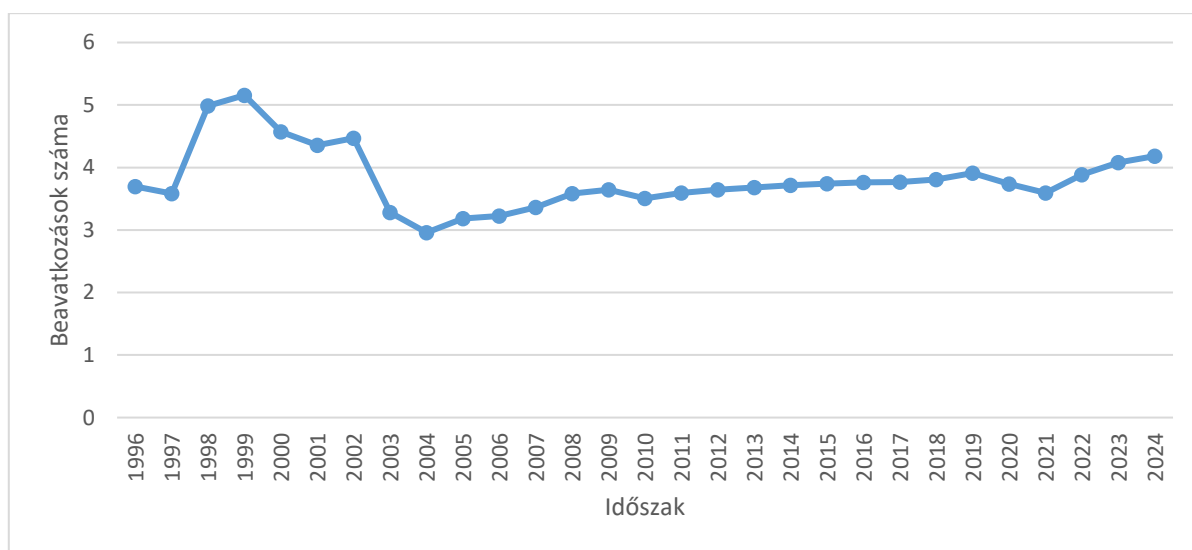
A másik nagyobb csoportban a nevezőben az ellátott esetek száma jelenik meg, vagyis az egy betegre jutó átlagos aktivitást és szakmai tartalmat mérjük. Ezek a mutatók nem az időkihasználást, hanem az ellátás komplexitását, mélységét és értékét írják le. Minél több beavatkozás, pontszám vagy finanszírozási összeg jut egy esetre, annál összetettebb a betegút, ami magasabb szakmai igényességet vagy krónikus esetkezelést jelezhet, tehát összességében ezek a mutatók a szakmai intenzitást és a hozzáadott értéket tükrözik. Dózsa (2015) tanulmánya alapján az esetre vetített mutatók különösen fontosak a struktúraváltás utáni elemzésekben, mert ezek mutatták meg, hogy a fekvőkapacitások leépítése után a járóbeteg-szektor milyen mértékben tudta átvenni a komplexebb eseteket. Ebben a kategóriában a fejezet 3 különböző mutatóval foglalkozik: **beavatkozás/eset**, **pontszám/eset**, **forint/eset**.

9.5.2. Eset alapú mutatók

A **beavatkozás/eset** (és a beavatkozás/szakorvosi óra) mutató azt mutatja meg, hogy egy átlagos betegellátás során hány vizsgálat vagy beavatkozás történik. Ez a mutató a járóbeteg-ellátás szakmai komplexitásának egyik legfontosabb jelzője, ahol a magasabb érték több

lépésből álló, részletesebb ellátást jelez. Különösen olyan szakrendelések esetében fontos (pl. belgyógyászat, endokrinológia, kardiológia), ahol a diagnózis felállításához több egymást követő vizsgálat szükséges. Alacsonyabb beavatkozás/eset érték általában a gyors, standardizált ellátási folyamatokra jellemző, amely nem feltétlenül jelent alacsony szakmai színvonalat, csak más típusú betegszerkezetet. Ez a mutató erősen összefügg az esetszám/óra mutatóval (ahol több beavatkozás történik egy betegre vetítve, ott jellemzően kevesebb esetszám fér bele egy órába).

9.10. ábra Egy esetre jutó beavatkozások száma 1996-2024 (db)



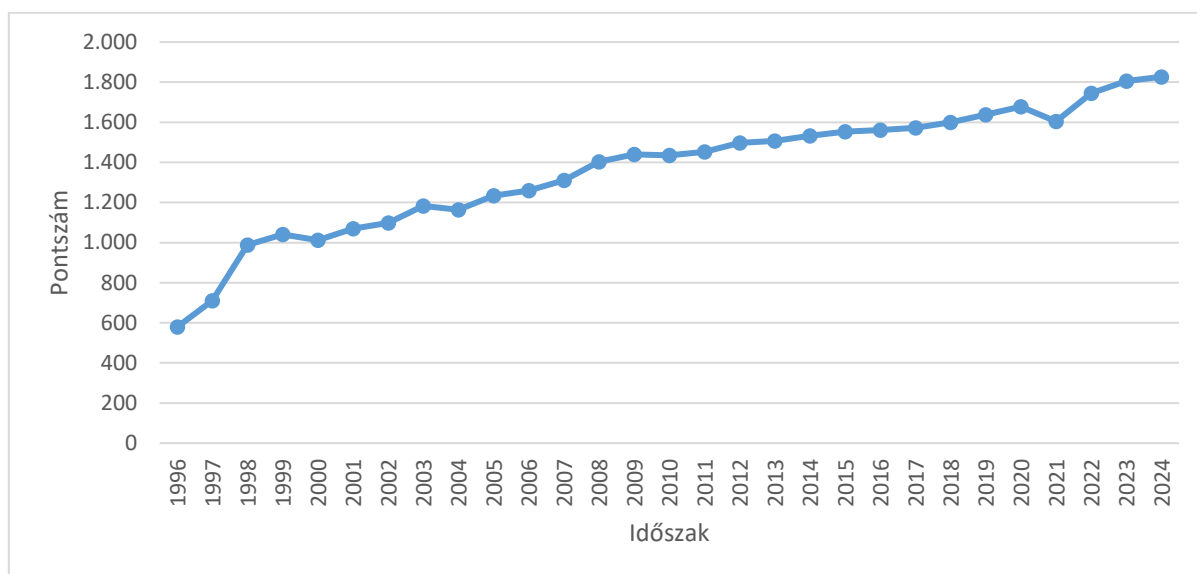
Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

Az egy esetre jutó beavatkozások száma 1998-tól 2004-ig trendszerűen csökkent, miután bevezetésre került a havi rendszerességgű TAJ alapú nyilvántartás és teljesítmény-elszámolás az OEP felé, valamint a Szabálykönyv elszámolási szabályainak fokozatos szigorítása (egyes beavatkozások elszámolhatóságának csökkentése, percidők figyelése az óránkénti betegforgalomban). A szolgáltatóknak más stratégiát kellett választaniuk: már főként nem az 1 esetre jutó beavatkozás számot növelték (20 év alatt 3-ról 4-re nőtt ez a fajlagos mutatószám), hanem az értékesebb, magasabb pontszámú beavatkozások végzésére és jelentésére koncentráltak, ahogy az az alábbi elemzésünk is mutatja.

A **pontszám/eset** mutató azt fejezi ki, hogy egy beteg ellátásához átlagosan mennyi finanszírozási pont kapcsolódik. Mivel a pontszámok magukban foglalják az adott beavatkozás szakmai és erőforrás-igényességét, ez a mutató kiválóan jelzi a szakmai mélységet, komplexitást és az adott ellátás értékét. Magas pontszám/eset érték arra utal, hogy az ellátott esetek komplexebbek, több vizsgálatot vagy nagyobb technológiai igényű eljárást tartalmaznak.

Ez gyakran figyelhető meg diagnosztikaközpontú szakmákban (pl. radiológia), vagy ott, ahol sok a krónikus beteg. Alacsonyabb érték jellemző lehet nagy volumenű, „gyors” szakrendelésekre, például bőrgyógyászatra vagy szemészetre, ahol a betegek jelentős részénél egyetlen, alacsony pontértékű vizsgálat történik. Ez a mutató szorosan kapcsolódik a forint/eset mutatóhoz, amely gyakorlatilag ennek pénzben kifejezett formája.

9.11. ábra Egy esetre jutó pontszám 1996-2024

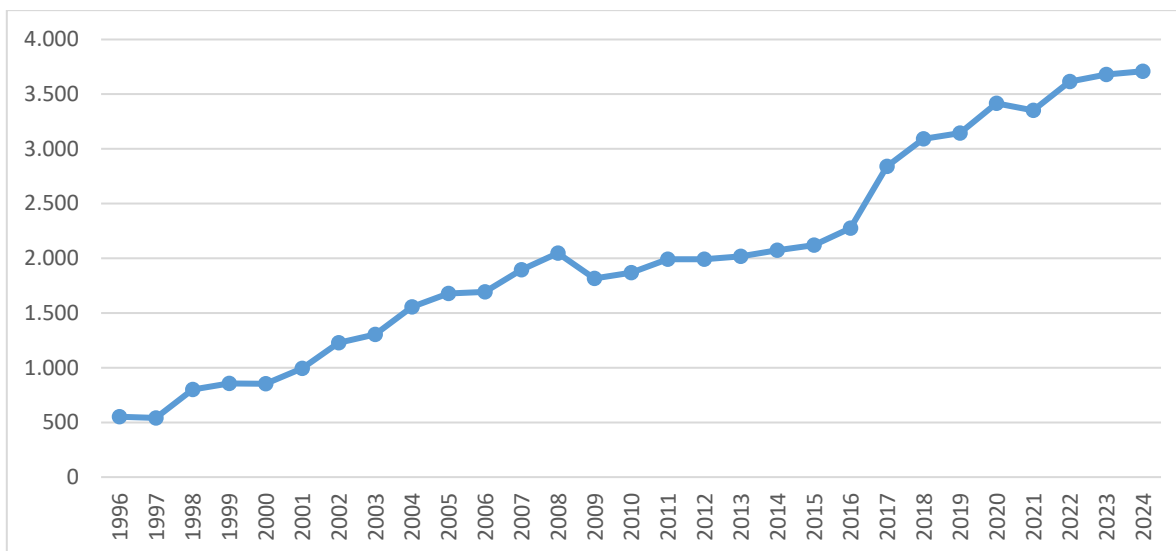


Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

Az egy esetre jutó pontszám az évek során trendszerűen nőtt, kisebb megakadást csak a COVID-19 pandémia éve, 2021 jelentett.

A **forint/eset** mutató azt mutatja meg, hogy egy beteg ellátása átlagosan mennyi finanszírozási bevételt eredményez az intézmény számára. Ez a mutató tehát közvetlen gazdasági szempontból méri az ellátás „értékességét”. Magas forint/eset érték általában komplexebb, több vizsgálatot és nagyobb pontértéket tartalmazó ellátásra utal, így gyakran korrelál a magas pontszám/eset mutatóval. Ugyanakkor a forint/eset mutató érzékeny a finanszírozási szabályok változására is, például pontérték-módosításokra, TVK hatásokra vagy új technológiák befogadására. Alacsonyabb forint/eset érték esetén jellemző, hogy a szakrendelés nagy volumenű, gyors ellátást végez, kevés pontértékű vizsgálatot – ezek pénzügyi szempontból megfelelő működtetéséhez különösen fontos az optimális kapacitáskihasználás. A szakmai jellemzők mellett a menedzsment számára ez a mutató alapvető a profilgazdálkodás, óraszám allokáció, orvosi kapacitástervezés és költségfedezet számítás során.

9.12. ábra Egy esetre jutó kifizetés 1996-2024 (forint)



Forrás: NEAK adatbázis alapján saját kidolgozás

Az egy esetre jutó kifizetés az évek során trendszerűen nőtt, melynek oka többek között a mindennapokban is jelenlévő infláció.

A bemutatott hét fajlagos mutató együtt rajzolja ki a járóbeteg-szakellátás teljesítményének átfogó képét, hiszen egyszerre ragadják meg az időegységre jutó hatékonyságot és az egyes esetek szakmai értékét. E mutatók együttes vizsgálata világosan megmutatja, hogy a szakrendelések működésében hogyan kapcsolódik össze a mennyiségi terheltség, a komplexitás és a finanszírozási eredményesség. Összességében amennyiben a fent említett mutatószámok mindegyikét megvizsgáljuk egy-egy intézmény/szakrendelés vonatkozásában, a teljesség igénye nélkül kijelenthető, hogy az adott problémák felkutatásáért megtettük az első és legfontosabb lépéseket.

9.6. Az OEP, majd később a NEAK által kiadott statisztikai évkönyvek bemutatása

A 90-es években megalakult Országos Egészségbiztosítási Pénztár az általuk kezelt hatalmas adatmennyiséget egy részletes, évenként megjelenő statisztikai évkönyvben prezentálta a publikum számára, közérthető módon, különböző érdekestáblázatok, diagrammok, és egyéb típusú ábrák segítségével. Jelen fejezet nem kívánja a teljesség igényével bemutatni az évkönyv szerkezetét, a benne szereplő adatokat, az azok közti korrelációt, tekintettel arra, hogy ezen teljes körű elemzés egy különálló többtízoldalas fejezetet foglalhatna magában, ehelyett a járóbeteg szakellátásra vonatkozó adatok struktúráját ismerteti egy régebbi – 2003 tárgyévi adatokat tartalmazó – kiadmány (2003) ismertetésével. A járóbeteg szakellátásra vonatkozó fejezet egy összefoglaló táblázattal indít, melyben a legfontosabb makro adatok kerülnek bemutatásra, többek között a finanszírozott szolgáltatók száma, ellátott esetek száma, elvégzett

beavatkozások száma, illetve a finanszírozási összeg. A táblázatban megjelennek egyéb mutatók is, pl. a száz lakosra jutó esetek száma, illetve az egy esetre jutó finanszírozási összeg. Ezen mutatók segítenek abban, hogy az olvasó alapszinten megértse, hogy az egyén szintjén mit jelentenek ezek a számok. A következő diagram és ábra ezt az összefoglaló táblázatot mélyíti tovább úgy, hogy regionális szinten ismerteti a korábbi adatokat, megyékre bontva, külön figyelmet fordítva a százalékos megoszlásra.

A régiókban ellátott száz lakosra jutó esetek és elvégzett beavatkozások egymáshoz viszonyítva is bemutatásra kerülnek, illetve ezen adatok a pontszámmal kiegészülve havonként is ismertetésre kerülnek országos szinten. A járóbeteg szakellátás fontos statisztikai alappillére a szakorvosi munkaórák száma, melyből számos – a fejezet korábbi pontján is említett és bemutatott – mutató számítható. A statisztikai évkönyvben a soron következő táblázatban szakmacsoportonként ismerteti az adott szakmákhoz tartozó szakorvosi munkaórák, esetek, beavatkozások, illetve pontok számát. Ez a táblázat már kiváltképp hasznos és mély, évenkénti elemzésével számos összefüggés megfigyelhető a járóbeteg szakellátás alakulásával kapcsolatban. Ahogyan az évkönyv korábbi szakaszában is megfigyelhető volt, a következő táblázattal is kedvez a témában kevesebb gyakorlattal rendelkező olvasóknak, ahol a kiemelt szakmacsoportok bontásában ismerteti a száz lakosra jutó esetek és beavatkozások számát, ezzel szemléltetve, hogy mely szakmacsoportokat milyen sűrűn „látogatnak” az emberek.

Az orvosszakmai mutatók után az egészségügyi közgazdászok számára valamivel „otthonosabb” finanszírozási mutatók ismertetése következik, hasonlóan makró szintről „lefelé” építkezve, mint a szakmai adatokat tartalmazó táblázatoknál és ábráknál. Elsőként régióként és – akkor még – megyénként kategorizált táblázatban ismerhetjük meg a szolgáltatók területi megoszlását, a részükre finanszírozott összeg mértékét, az egy esetre jutó finanszírozási összeg mértékét, illetve az egy beavatkozásra jutó finanszírozási összeget. A táblázat makro szinten egy „felülnézeti” képet ad a mutatók segítségével az ország régióiban lévő intézmények mennyiségéről és azok kihasználtságáról. A járóbeteg szakellátáshoz kapcsolódó adatok bemutatását a kiemelt szakmacsoportok szerinti egy esetre és egy beavatkozásra jutó finanszírozási összeg zárja, mely mutató ismerteti, hogy mely szakmacsoportok mennyire összetettek orvosszakmailag, mely szakmacsoportokban van egy esetre jutó, több apróbb beavatkozás, és mely szakmacsoportok tartalmaznak kevesebb, de inkább bonyolultabb, magasabb pontértékű beavatkozásokat. Összességében ezen oldalak áttanulmányozása lehetőséget biztosít arra, hogy mélyebben megismerhető legyen egy-egy év

egészségügyi teljesítménye, ellenben teljes képet akkor kaphat az olvasó, ha több év adatait is összeveti, illetve megérti az összefüggéseket, melyhez megfelelő háttértudás szükséges.

9.7. Kontrollkérdések

- Melyik rendelethez köthető a járóbeteg szabálykönyv és mit tartalmaz?
- Milyen járóbeteg szakellátásban alkalmazott kapacitás, teljesítmény vagy finanszírozási mutatókat ismert meg a fejezetben? Ismertessen ezek közül hármat részletesebben!
- Melyek a legfontosabb egészségpolitikai, egészségügyi menedzsmentben és controllingban is használatos mutatók, mérések, melyekkel jellemezni lehet a járóbeteg szakellátás területét egy intézményen belül, intézmények vagy térségek között?
- Mi a különbség a degresszív és egysávos TVK között?
- Milyen hatással volt a 2007. évben bevezetett vizitdíjnak a járóbeteg szakellátás teljesítményére és kifizetéseire?
- Mikor lett önálló a laboratóriumi ellátások kassza? Mi volt ennek az elkülönítésnek az oka?
- Mikortól szűnt meg a Gondozóintézeti gondozás, mint külön kassza, és integrálódott bele a járóbeteg szakellátás kasszájába (előirányzatába)?
- Milyen célok mentén került létrehozásra 2005-től az Összevont szakellátási kassza?
- Hogyan érintette a 2007-ben bevezetett 300 forintos vizitdíj a Járóbeteg szakellátás teljesítményét és kiadásait?

9.8. Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő)	Az OEP jogutódjaként 2017. január 1-től központi államigazgatási hivatalként ellátja a jogszabályokban meghatározott feladatokat, végzi az Egészségbiztosítási Alap kezelésével, a nyilvántartások vezetésével, a pénzügyi elszámolásokkal és az adatszolgáltatási kötelezettséggel kapcsolatos feladatait.
OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)	Magyarországon 1993. január 1-től 2016. december 31-ig az állami egészségbiztosítás országos hatáskörű központi államigazgatási szerve volt. Feladata az egészségügyi ellátások kapacitás lekötése, finanszírozása, ellenőrzése és szervezése volt. Ez a szervezet 2017-től átalakult, és feladatait a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) látja el.
E. Alap (Egészségügyi Alap)	A magyar állam pénzalapja, amely az egészségügyi ellátások és a kapcsolódó pénzbeli juttatások finanszírozására szolgál. Ezt a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kezeli, és többek között járóbeteg szakellátás finanszírozását is fedezi.

TVK (Teljesítményvolumen- korlát)	Egy olyan finanszírozási rendszer a magyar egészségügyben, amely meghatározza, hogy a kórházaknak az állam mekkora pénzösszeget fizet ki az elvégzett teljesítmény (ellátások) alapján.
TÉK (Tervezett Éves Keret)	Önálló elszámolási tételként elszámolható, jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek teljesítményértékeinek mennyisége, amelyre a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató a jelen rendeletben foglalt szabályok szerint jogosult
TAJ (Társadalombiztosítási Azonosító Jel)	Egy személyazonosító kód, az egészségügyi, szociális, és társadalombiztosítási nyilvántartásokban használják. A TAJ kártya igazolja ezt a számot, és az egészségügyi ellátások igénybevételéhez szükséges.
OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása)	Az OENO kódrendszer a járóbeteg-szakellátásban elszámolható vizsgálati és beavatkozási tevékenységek listája, amit elsősorban a pénzügyi elszámolás, másodsorban a betegdokumentáció és a szakmai adatgyűjtés céljából használnak.
Szakambulancia	Olyan orvosi létesítmény, amely járóbeteg-ellátást nyújt, ahol a betegek szakorvosi vizsgálatokon és kezeléseken vehetnek részt anélkül, hogy kórházi fekvőbeteg-ellátásra lenne szükségük.
Gondozó intézeti ellátás	öt típusát különböztették meg az 1990-es kasszacserétől egészen 2012-ig: Bőr és nemibeteg gondozás, Tüdőgondozás, Pszichiátriai, Onkológiai gondozás, Addiktológiai gondozás (alkohológia és drogellátás).
Összevont szakellátás	2005 óta lett létrehozva a 43/99-es Korm. rendeletben, részei: Járóbeteg szakellátás benne CT és MRI diagnosztika, Aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás, Speciális finanszírozású szakellátás, Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás, Extrafinanszírozás.

9.9. Ábrajegyzék

9.1. ábra Az alapellátás szükséges változása.....	3
9.2. ábra Az egészségügyi ellátás szintjei - strukturális problémák	4
9.3. ábra Az egészségügyi ellátás hierarchiája	6
9.4. ábra A járóbeteg szakellátás elhelyezkedése az E. Alapon belül.....	12
9.5. ábra Járóbeteg szakellátás aránya más nagyobb kasszákhöz viszonyítva 1995-2024 (%)	13
9.6. ábra Egy szakorvosi órára jutó esetek száma 1996-2024 (db)	18
9.7. ábra Egy szakorvosi órára jutó beavatkozások száma 1996-2024 (db).....	19
9.8. ábra Egy szakorvosi órára jutó pontszám 1996-2024	20
9.9. ábra Egy szakorvosi órára jutó kifizetett összeg 1996-2024 (forint)	21
9.10. ábra Egy esetre jutó beavatkozások száma 1996-2024 (db)	22
9.11. ábra Egy esetre jutó pontszám 1996-2024	23
9.12. ábra Egy esetre jutó kifizetés 1996-2024 (forint).....	23

9.10. Hivatkozások

- Dózsa Cs. (2011a) *A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre - Magyarországon a 2000-es években -a 2000-es években*. PhD. Budapesti Corvinus Egyetem (azonosító szám: 550)
- Dózsa Cs. (2011b) *Struktúraváltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgástere a 2000-es években*. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, X. évfolyam, 2011. április, 3. szám.
- Dózsa Cs., Kövi R. (2015): *A fekvőbeteg-szakellátás struktúraátalakításának hatása a járóbeteg-szakellátásra*. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, XIV. évfolyam, 2015. április, 3. szám.
- Dózsa Cs., Malbaski N. (2016): *A laborkassza elemzése – makrotrendek és szakmai programok*. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, XV. évfolyam, 2016. április, 7. szám
- Dózsa Cs., Vellai B. (2018): *Labordiagnosztika a kardiológiai szolgálatban*. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, XVII. évfolyam, 2018. április, 3. szám
- Dózsa Cs., Cseh. B. (2023) *Egészségügyi szakellátás*. 11. fejezetben, 647 – 654 old. Megelőző orvostan és népegészségtan. Szerkesztette: Ádány Róza – Kiss István – Paulik Edit – Sándor János – Ungvári Zoltán Népegészségügy könyv. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest. ISBN 978-963-226-907-8
- Kincses Gyula (2010) *Egészségpolitikai ábragyűjtemény*. Könyv. Kiadó: Kincse Gyula.
- Orosz Éva: *Tévíton vagy félúton. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Könyv (2001), Orosz Éva kiadó, ISBN: 963-00-6756-0
- *A Medicina2000 Magyar Járóbeteg Szakellátási Szövetség közgyűlésének állásfoglalása*. (2022) IME, XXI. évf. 3. szám. 16-17. old.
- Varga I. (2018) *Negyed évszázad mögöttünk és egy új század előttünk „Mérőföldkő gondolatok” a Járóbeteg Szakellátási Szövetség múltjából és jövőképéből*. IME, XVII. évf. 7. szám. 10-12. old.
- Kővári O., Dózsa Cs., Dr. Pál M. (2015): *A laborkassza helyzete Magyarországon –* IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, XIV. évfolyam, 2015. október, 8. szám
- Nagyistók Sz. (2010): *Vizitdíj, avagy egy elvetélt kísérlet...* – IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja, IX. évfolyam, 2010. április, 3. szám
- NEAK.gov.hu: *Tájékoztató a gondozóintézeti gondozás finanszírozásának változásáról*

Jogszabályok:

- 1997. évi CLIV. tv az egészségügyről (Eütv.)
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (Ebtv.)
- 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről (Eftv.)
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól (Kormányrendelet)
- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről (Finanszírozási rendelet)
- 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról (Járóbeteg szabálykönyv)

9.11. Mellékletek

1. sz. melléklet A TVK alakulása bevezetéstől napjainkig

Időszak	TVK típusa	Főbb jellemzők
2004. januártól 2006. júniusig	Degresszív TVK	A TVK-t meghaladó teljesítményt csökkentett mértékben finanszírozták (pl. 60%, 30%, majd 10% térülés). Az elszámolás több sávban történt.
2006. júliustól 2009. februárig	Egysávós TVK	A degresszív sávokat megszüntették, minden többlet teljesítmény azonos (csökkentett) finanszírozási kulccsal térült meg, vagy egyáltalán nem.
2009. márciustól 2009. decemberig	Degresszív TVK + EMAFT átmenet	Megjelent az EMAFT (Előre Meghatározott Alapdíjjal Finanszírozott Teljesítmény), amely átmenetileg a TVK-t váltotta. Az elszámolás részben fix, részben teljesítményarányos volt.
2010. januártól 2013. decemberig	Degresszív TVK	Visszatértek a sávós korlátokhoz, különösen a fekvőbeteg ellátásban. Az egysávós modell megszűnt.
2014. januártól 2020. márciusig	Egysávós TVK	A TVK megmaradt, de a degressziót fokozatosan kivezték. A TVK feletti teljesítmények többnyire nem térültek meg.
2021. áprilistól napjainkig	TVK helyett TÉK (Tervezett éves keret)	A hagyományos TVK helyébe lépett a tervezett éves keret (TAK), amely új elszámolási logikát hozott.

2. sz. melléklet 9/2012 (II.28.) NEFMI rendelet mellékleteinek rövid bemutatása

Melléklet száma	Melléklet elnevezése	Melléklet rövid bemutatás
1. melléklet	Az egészségügyi eljárások elszámolhatósági feltételeinek szabályai.	Általános, keretjellegű elszámolhatósági szabályokat tartalmaz: definiálja a megjelenési esetet, a mintánkénti elszámolást (pl. labor: mintánként 1), az egy megjelenésen belül elszámolható eljárások logikáját és az ismétlődések korlátozását. Ismerteti az elszámolási szabályokat szakmánként, külön figyelmet fordít a CT, MR vizsgálatokra és a laboratóriumi és kórbonctani-kórszövettani vizsgálatokra.
2. melléklet	Az egészségügyi eljárások egészségügyi szakmákra vonatkozó ellátási és elszámolási kompetenciája.	Megadja, mely szakmák jogosultak egy-egy OENO eljárás elvégzésére és elszámolására; jelöli a felelős szakmát (például „O” vagy „X” jelzés), és ezzel köti az eljárás elszámolhatóságát az adott szakmai kompetenciához. Az 1-es melléklet 5.1. pontja alapján <i>az „X” jelzés az eljárás paramétereinek meghatározásában a felelős szakmát jelöli.</i>
3. melléklet	Az egészségügyi eljárások részletes ellátási és elszámolási szabályai.	Tételes, eljárásonkénti leírásokat ad: minden OENO tételhez rövid szakmai meghatározás, indikációs megkötés, kizáró feltételek és egyes elszámolási szabályok tartoznak (például, hogy egy adott beavatkozás esetén mely más eljárások nem számolhatók el egyidejűleg), illetve tételesen meghatározza a maximális elszámolhatósági lehetőségek számát. Itt található az egyes eljárásokhoz kapcsolódó speciális elszámolhatósági feltételek.
4. melléklet	Meghatározott BNO kódok mellett elszámolható egészségügyi eljárások.	Felsorolja azokat az eljárásokat (OENO-kat), amelyek csak meghatározott BNO-diagnózis(kód) megléte esetén számolhatók el; mellékeli a BNO-k és az eljárások párosítását, így a diagnózis-eljárás feltételrendszerét szabályozza.
5. melléklet	Meghatározott OENO kódok mellett elszámolható egészségügyi eljárások.	Felsorolja azokat az speciális OENO-kat és tételsorokat, amelyek külön feltételek mellett elszámolhatók; Jelenleg csak a „99985 Kiegészítő pont betegfelügyeletért 30 percen túl” OENO más OENO-kódokhoz történő hozzárendelhetőségét tartalmazza
6. melléklet	Telemedicinális ellátás keretében is elszámolható eljárások.	Megnevezi azokat az OENO-kódokat és eljárásokat, amelyek telemedicina/telekonzultáció formájában nyújtva is elszámolhatók (például kontrollvizsgálat/konzílium rendelőn kívül, EEG/ EKG telemetria stb.).

3. sz. melléklet 43/1999 (III.3.) Korm. rendelet 5. sz. mellékletének formája – A gyógyító-megelőző „kasszák” elnevezése 2025. évben

Ssz.	Főcím	Cím
1	Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás	Praxisfinanszírozás
		Praxistámogatás
		Háziorvosi, szakdolgozói bértámogatás
		Indikátorrendszer finanszírozás és teljesítményfinanszírozás
		Eseti ellátás díjazása
		Ügyeleti szolgálat
2	Védőnői szolgáltatás, anya-, gyermek- és ifjúságvédelem	Iskolaegészségügyi ellátás;
		Iskolaegészségügyi ellátás bértámogatás
		Védőnői ellátás
		Anya-, gyermek- és csecsemővédelem
		MSZSZ : gyermekgyógyászat
		MSZSZ : nőgyógyászat
3	Fogászati ellátás	Praxisfinanszírozás
		Praxistámogatás
		Indikátorrendszer finanszírozása
		Fogorvosi, szakdolgozói bértámogatás
4	Otthoni szakápolás	
5	Betegszállítás és orvosi rendelvénnyel halottszállítás	
6	Műveskezelés	
7	Célelőirányzatok	Méltányossági alapon történő térítések
		Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj
		Tartósan betöltetlen háziorvosi és fogorvosi körzetek betöltésének, valamint háziorvosi és fogorvosi tevékenység végzéséhez szükséges praxisjog vásárlásának támogatása
		Tervezett külföldi ellátások orvosi felülvizsgálata
		Egészségügyi dolgozók 2018–2025. évi béremelésének fedezete
		Egészségügyi dolgozók fix összegű bérkiegészítésének, béremelésének fedezete
		Az egészségügyi dolgozók pénzellátást helyettesítő jövedelemkiegészítése
		Fiatal szakorvosok támogatása
		Működési támogatás
8	Mentés	
9	Laboratóriumi ellátás	
10	Összevont-szakellátás	Járóbeteg-szakellátás
		Népegészségügy fejlesztése
		Többletkapacitás befogadás
		Működési költségelőleg
		Molekuláris diagnosztikai (PCR) ellátás
		Fekvőbeteg-szakellátás

		<i>aktív fekvőbeteg-szakellátás¹</i>
		<i>krónikus fekvőbeteg-szakellátás</i> Error! Reference source not found.
		<i>fogvatartottak egészségügyi ellátása</i> Error! Reference source not found.
		<i>várólista csökkentés</i> Error! Reference source not found.
		Extrafinanszírozás
		Speciális finanszírozású szakellátás
12	Gyógyító-megelőző ellátás céltartalék	
13	Egészségügyi szolgáltatók kiegészítő finanszírozása	
14	Nagyértékű gyógyszerfinanszírozás	

¹ az aktív fekvőbeteg-szakellátás, a krónikus fekvőbeteg-szakellátás, a fogvatartottak egészségügyi ellátása, illetve a várólista csökkentés a Fekvőbeteg-szakellátás alá tartozik.

4. sz. melléklet Járóbeteg szakellátás adatainak összehasonlítása más nagyobb kasszák adataival
(milliárd Ft és százalék)

Év-szám	E. Alap	Természet- beni ellátások	Gyógyító megelőző ellátások	Összevont szakellá- tás ²	Járó-beteg szakellá- tás (CT/MRI- vel) ³	Ebből CT/ MR	Járó /E.Alap	Járó /Természet- beni	Járó /GYM	Járó /Összevont
1995	445,1	275,9	191,0		27,5		6,17%	9,95%	14,38%	
1996	509,0	326,2	224,8		35,3	4,7	6,93%	10,82%	15,70%	
1997	553,9	390,0	268,0		41,9	5,4	7,57%	10,75%	15,64%	
1998	632,2	458,5	299,1	232,2	48,2	6,2	7,62%	10,51%	16,11%	20,75%
1999	701,2	504,2	338,9	263,9	53,1	6,5	7,57%	10,53%	15,67%	20,12%
2000	797,7	556,3	376,1	280,7	58,7	7,1	7,35%	10,55%	15,60%	20,90%
2001	915,0	623,4	410,3	318,2	69,1	7,8	7,55%	11,09%	16,84%	21,71%
2002	1 111,2	750,3	502,9	359,2	65,5	8,5	5,89%	8,73%	13,02%	18,23%
2003	1 335,4	920,3	623,0	461,9	89,0	10,7	6,66%	9,67%	14,28%	19,27%
2004	1 443,8	998,6	654,6	477,1	93,3	10,7	6,46%	9,34%	14,25%	19,55%
2005	1 579,9	1 100,4	694,5	509,0	98,5	11,1	6,24%	8,95%	14,19%	19,35%
2006	1 678,7	1 165,6	714,0	522,8	103,4	11,9	6,16%	8,87%	14,48%	19,78%
2007	1 648,6	1 090,1	718,7	526,3	102,1	12,1	6,20%	9,37%	14,21%	19,41%
2008	1 445,1	1 136,3	757,2	553,4	118,1	14,7	8,18%	10,40%	15,60%	21,35%
2009	1 418,8	1 123,2	719,0	519,4	109,0	13,7	7,68%	9,70%	15,16%	20,98%
2010	1 476,7	1 208,0	791,0	553,0	112,9	15,0	7,65%	9,35%	14,27%	20,42%
2011	1 486,5	1 249,1	806,9	563,0	116,4	15,6	7,83%	9,32%	14,42%	20,67%
2012	1 791,5	1 223,2	842,1	603,1	123,6	16,7	6,90%	10,11%	14,68%	20,50%
2013	1 848,6	1 271,7	908,0	597,7	121,4	17,1	6,57%	9,54%	13,37%	20,31%
2014	1 907,2	1 325,5	945,6	637,1	123,1	17,3	6,45%	9,29%	13,02%	19,32%
2015	1 956,1	1 369,4	960,6	651,1	130,9	18,8	6,69%	9,56%	13,63%	20,11%
2016	2 129,2	1 530,5	1 089,9	690,8	134,3	20,9	6,31%	8,78%	12,33%	19,44%
2017	2 262,5	1 625,9	1 196,2	835,8	162,2	25,2	7,17%	9,98%	13,56%	19,41%
2018	2 422,4	1 750,7	1 306,3	909,2	178,6	28,8	7,37%	10,20%	13,67%	19,64%
2019	2 441,4	1 731,5	1 272,9	966,7	195,1	29,4	7,99%	11,27%	15,32%	20,18%
2020	2 702,1	1 922,9	1 429,3	986,4	182,1	29,4	6,74%	9,47%	12,74%	18,46%
2021	3 399,6	2 541,5	1 926,5	884,4	192,3	31,0	5,66%	7,57%	9,98%	21,75%
2022	3 739,4	2 754,2	2 203,2	924,6	200,6	32,1	5,37%	7,28%	9,11%	21,70%
2023	4 121,4	3 029,3	2 414,1	899,5	195,2	34,4	4,74%	6,44%	8,08%	21,70%
2024 ⁴	4 706,4	3 382,6	2 766,0	881,5	195,6	36,8	4,16%	5,78%	7,07%	22,19%

² Az összevont szakellátás a teljes elemzett időszak alatt (1998-2024) tartalmazza a krónikus betegellátás adatait

³ A laborkasszát 2002-2006 között a központi költségvetés nem tüntette fel, a NEAK adatbázisában külön kezelték, így jelen táblázat járóbeteg szakellátás oszlopa sem tartalmazza a laborkassza számait, ellenben a CT/MRI számait igen. A művekezelés és a házi szakápolás 1998-tól nem része a járóbeteg szakellátásnak

⁴ A jegyzet készítésekor nem jelent meg a 2024. évi tény adatokat tartalmazó központi költségvetés végrehajtásáról szóló törvény, így a táblázat ezen évre vonatkozó adatai az előirányzatokat tartalmazzák

5. sz. melléklet 2023 évben azon járóbeteg szakellátáson belüli szakmák listája, ahol a legtöbb megjelenés volt

JÁRÓBETEG STATISZTIKA - SZAKMÁNKÉNTI ÖSSZESÍTŐ					2023.ÉVBEN	
Szakma kód	Szakma név	Megjelenési esetszám	Beavatkozások száma	Pontszám összesen	Egy megjelenésre jutó pontszám	Egy megjelenésre jutó beavatkozás
5000	Általános Laboratóriumi Diagnosztika	17 494 420	225 035 278	47 507 716 426	2 715,59	12,86
5100	Általános Röntgendiagnosztika	3 890 843	7 709 532	5 936 823 325	1 525,84	1,98
5711	Gyógytorna	3 250 310	31 173 292	5 019 576 869	1 544,34	9,59
5700	Általános Fizioterápia-Gyógytorna	3 088 146	16 918 172	2 866 868 808	928,35	5,48
0400	Általános Szülészeti-Nőgyógyászat	2 361 226	5 149 464	5 071 069 318	2 147,64	2,18
0200	Általános Sebészet	1 923 261	5 171 487	2 178 044 024	1 132,47	2,69
0700	Általános Szemészet	1 901 995	10 146 738	2 912 763 603	1 531,43	5,33
4000	Általános Kardiológia (Szakorvosi Szakképesítéssel)	1 719 107	4 393 051	3 660 446 755	2 129,27	2,56
1400	Reumatológia És Fizioterápia	1 699 196	10 529 929	2 239 785 124	1 318,14	6,20
5722	Fizioterápia (Asszisztensi Tevékenységként)	1 685 796	7 837 220	1 467 309 264	870,40	4,65
5301	Ultrahang-Diagnosztika	1 681 329	6 433 676	4 128 470 083	2 455,48	3,83
0046	Sbo	1 584 396	10 739 535	3 437 732 729	2 169,74	6,78
0600	Általános Fül-Orr-Gégegyógyászat	1 533 571	4 900 868	1 700 054 583	1 108,56	3,20
1002	Traumatológia	1 532 603	4 068 935	1 596 743 583	1 041,85	2,65
5003	Mikrobiológiai Laboratóriumi Diagnosztika	1 359 100	8 388 458	6 218 871 735	4 575,73	6,17
Q19	Tüdőgyógyászat	1 265 422	1 922 386	1 585 534 162	1 252,97	1,52
0800	Általános Bor- És Nemibeteg-Ellátás	1 200 677	6 308 106	1 580 829 984	1 316,62	5,25
1100	Urológia	1 195 117	3 450 089	1 521 897 833	1 273,43	2,89
0100	Általános Belgyógyászat	1 189 436	2 954 443	1 318 718 006	1 108,69	2,48
0900	Általános Neurológia	1 156 700	6 671 283	2 290 418 914	1 980,13	5,77
1800	Pszichiátria	1 089 551	3 874 207	2 309 873 778	2 120,02	3,56
5108	CT Diagnosztika	1 001 150	2 344 620	15 472 694 818	15 454,92	2,34
1900	Tüdőgyógyászat	958 191	3 565 408	1 768 373 906	1 845,53	3,72
1000	Ortopédia	761 746	3 044 962	908 581 078	1 192,76	4,00
1200	Klinikai Onkológia	746 166	1 470 109	520 825 398	698,00	1,97

10. Case-mix típusú, azaz ellátási eset típusú finanszírozási modellek az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására

Szerzők: Nagy Júlia, Dózsa Csaba

Tartalom

10. Case-mix típusú, azaz ellátási eset típusú finanszírozási modellek az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására	1
10.1. Bevezetés	2
10.2. A case-mix modell megszületése és fejlődése	4
10.2.1. A case-mix modell megalkotása az USA-ban	4
10.2.2. A case-mix modell nemzetközi terjeszkedése	8
10.3. A case-mix – HBCs/DRGs – történet Magyarországon	13
10.3.1. A magyar HBCs rendszer felépítése	20
10.3.2. A magyar HBCs rendszer struktúrája	20
10.3.3. A magyar HBCs osztályozási rendszer	23
10.4. A HBCs osztályozás alapelemei	30
10.4.1. Besorolási tényezők	31
10.4.2. Besorolási tábla	32
10.4.3. Besorolási algoritmus	33
10.4.4. A besorolás fő lépései	34
10.5. A HBCs rendszer, mint finanszírozási eszköz	39
10.5.1. A finanszírozási díjparaméter, szakmai és finanszírozási jellemzői	39
10.5.3. HBCs költségigényességi súlyszám	42
10.6. Összegzés	46
10.7. Kontrollkérdések	48
10.8. Kulcsfogalmak és rövidítések	48
10.9. Ábra és táblázatjegyzék	51
10.10. Hivatkozások	51

10.1. Bevezetés

A case-mix (CM) vagy magyarul esetösszetétel típusú finanszírozási modellek az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására az 1980-as években jelentek meg. Ez a finanszírozási modell azon a logikai megfontoláson alapul, hogy a finanszírozás célkeresztjét minden ellátási forma esetén lényegében arra a komplex ellátási egységre kell irányítani már az egyedi betegellátás szintjét, aminek a megoldásáért felelős, vagy akár tovább lépve a beteg egészségügyi ellátási folyamatában (egy meghatározott epizódjára) arra a komplex ellátási feladat egységre, amelynek lezajlását egyben célszerű vizsgálni, értékelni, és ennek következtében finanszírozni is.

A CM típusú finanszírozási modellek olyan megoldások, amelyben a Szolgáltató vagy a Szolgáltató közösségek számára, az általuk végzett egyedi betegellátások költségének megtérítését az esettípus alapján differenciáltan, az esettípus előre (prospektíven) meghatározott, teljes várható normatív (számított átlagos) költségigénye szerint egy összegben fizetnek meg (komplex díj) (Garaj-Novák, 2020, Nagy J., 2008, Getzen, 2004.)

A definícióban minden szónak külön – külön jelentősége van:

- **az ellátott egyedi eset típusától függően differenciált díj:** az egyedi ellátási esetek ellátásának szakmai fő indokát irányadónak tekintve, a költségigényt döntően befolyásoló klinikai jellemzők alapján az egyedi ellátási esetek ellátási típus osztályokba sorolhatók, amely ellátási esettípusokra külön - külön a költségigény szerint meghatározható a finanszírozási díj értéke;
- **a finanszírozási díj előre meghatározott:** a díj mértéke már az ellátás előtt ismert, kihirdetett érték, amelyet minden vele azonos esettípusba sorolt ellátásra azonos módon kell érvényesíteni;
- **várható költségigénytől függő, normatív díj:** még a tényleges finanszírozási szezon előtt, a szakmai előírások, az ellátási gyakorlat tényleges ráfordítási adatainak, költségének, az egészségügyi szakmai anyagok, gyógyszerek árának, műtétek direkt költségeinek ismeretében határozzák meg egy szabványos költség és árkalkulációs módszertan szerint figyelemmel arra, hogy az értékét egy megfelelő, elvárható költséghatékony ellátási gyakorlatra, normatív üzemgazdaságossági kritériumnak megfelelő költségszinten határozzák meg;
- **egy összegben fizetnek meg:** a díj komplex díj, az értéke a teljes várható, átlagos erőforrásigényre szól.

Az egyes ellátási esetekre fizetendő komplex díj

- nem függ a beteg részére ténylegesen elvégzett, tételesen felsorolható orvosi, egészségügyi tevékenységek költségének összegétől;
- a díj nem lesz magasabb vagy alacsonyabb, ha az elvárható átlagos szinthez képest többet vagy kevesebbet végeztek a beteg részére, drágábban, vagy olcsóbban jutottak az erőforrásokhoz;
- nem az a cél, hogy minden egyes ellátott beteg tényleges költsége pontosan annyi legyen, mint a normatív díj; a cél az, hogy a finanszírozási időszak átlagában a több eset tényleges költségét átlagolva, értékelve, már elégséges legyen a finanszírozás által biztosított fedezet.

Az **esettípus, vagy másnéven case-mix (CM) alapú finanszírozási modellben** az ellátóknak a költségekért, az eredményekért megjelenő felelőssége magas finanszírozási preferenciát kap, és éppen erre van szükségünk annak érdekében, hogy költséghatékony, eredményes ellátás valósuljon meg az egyedi ellátásokban. Az ellátók felelőssége lehet ellátási felelősség (és ellátásszervezési felelősség is).

Az **ellátási felelősségen** az orvosok, egészségügyi ellátó csapatok azon szakmai kompetenciáját értjük, amiket az egyedi beteg gyógyítása során saját szakképesítésük, valamint az ellátás helyének szakmai és progresszivitás szerinti minősítése alapján közvetlenül, saját közreműködésükkel elvégezhetnek.

Az **ellátásszervezési felelősségen** az orvosok, egészségügyi ellátó csapatok azon szakmai kompetenciáját értjük, amelynek körében saját szakképesítésük, az ellátás helyének szakmai és progresszivitás szerinti minősítése, a finanszírozási szabályok függvényében a beteg részére további olyan ellátásokat rendelhetnek, amelyeket saját maguk nem végezhetnek el, ellátási kompetenciával nem rendelkeznek, azonban az egyéni ellátási utat megtervezhetik, megszervezhetik. A megrendelt szolgáltatások eredménye megjelenik a betegek gyógyításának eredményében. Az ellátás fő felelősének munkáját az is minősíti, hogy mennyire megfelelő ellátási sorozatot végeztetett el, hol vette igénybe ezeket a szolgáltatásokat, milyen mennyiségben, milyen költséggel. Amikor megrendelést említünk, gyakorlatilag a beutalási rendszerről is beszélünk, a különbség csak annyi, hogy egy alap beutalási rendszerhez képest ebben a modellben a beutalási feladathoz pénzügyi felelősség is társulhat.

A CM alapú finanszírozási modellben lényegében mindig van, lesz egy fő felelős, aki a teljes ellátási folyamatot kézben tartja, és vannak közreműködők, akik részlegesen, megadott

szolgáltatások mértékéig társulnak be ellátáshoz, de nem megrendelők. Ugyanakkor nem kizárt, hogy ezek a közreműködők más relációban szintén fő felelősi szereppel rendelkeznek.

10.2. A case-mix modell megszületése és fejlődése

10.2.1. A case- mix modell megalkotása az USA-ban

A CM típusú finanszírozási alapmodell az 1980-as években végül elindult hódító útjára az egészségügyi rendszerekben az USA Medicare rendszerének fejlesztési eredményeként, DRGs (továbbiakban: Diagnosis Related Groups, vagyis diagnózishoz kapcsolt besorolási osztályok) néven, és lényegében ez az út vezetett el a világban számos új DRGs verzió kidolgozásához, egyre több országban történő bevezetéséhez, valamint a manapság sokat emlegetett kötegelt finanszírozási modellek (a bundled payment) megjelenéséhez.

Az első megoldás HCFA DRGs néven jelent meg még az 1970-es évek vége felé. Az első fejlesztők a YALE Egyetem munkatársai voltak. Az első verzió megalkotása Robert Fetter, J. Averill, D. Thompson és munkatársaik nevéhez kötődik. (Fetter et.al., 1991) A fejlesztést a Yale Egyetemen végezték el, az akkori Egészségügyi Finanszírozási Igazgatóság (HCFA), mai nevén Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) felkérésére és támogatásával.

A cél az volt, hogy a kórházi ellátási adatok értékelésével az ipari rendszerekben akkortájt nagy lépésekkel elindult minőségbiztosítás statisztikai alapjait hozzák létre az egészségügyi ellátás, elsőként a kórház vizsgálatára. Így került sor arra, hogy az összehasonlító elemzésekhez ellátási típus kategóriákat hoztak létre az ápolás indokló fődiagnózis és a fő műtétek alapján, felhasználva ehhez az amerikai kórházi ellátásról digitalizáltan rendelkezésre álló alapadatokat, a kórházi bázisadatok (Minimal Medical Dat-set), megalkotva az első osztályozási rendszert a kórházban kezelt esetek típusaira.

“A diagnózissal kapcsolatos csoportokat (DRG-k) eredetileg azért fejlesztették ki, hogy termékmeghatározásokat adjanak a kórházak teljesítményének, eredményének méréséhez. Úgy találták, hogy ezek alapul szolgálhatnak a kórházak költségvetésének elkészítéséhez, a költségek fékentartásához és a minőségellenőrzéséhez. A Medicare 1983-ban fogadta el azt a javaslatot, hogy az amerikai kórházak leendő fizetési rendszerének (PPS) alapjául szolgáljon. Ez a rendszer több mint 50 milliárd dollár megtakarítást eredményezett a Medicare kórházi kifizetéseken 1990-ig, és kiterjesztette a Medicare Hospital Trust Fund fizetőképességét a következő évszázadra. Sok más, a kórházi ellátást fizető szervezet is elfogadta a DRG-rendszert, beleértve az állami Medicaid programokat és az olyan magánbiztosítókat is, mint például a

Blue Cross. Jelenleg több mint 20 ország fejleszt vagy fogadott el DRG-alapú rendszereket a kórházi ellátás irányítására és finanszírozására.” (Fetter, 1991)

Az eredeti megbízás tehát minőségbiztosítási célra szólt, azonban ezt követően egy olyan szakértő lépett a színre, aki ráirányította a figyelmet arra, hogy ez az osztályozás potenciálisan finanszírozási eszközként is használható lehet, mondván, ha ez jó arra, hogy a kórházak ellátását összehasonlítsák, akkor megfelelhet finanszírozásra is.

“Cél: A diagnózissal kapcsolatos csoportokat (DRG-k) széles körben használják különféle célokra, beleértve a minőség javítását, a kórházi teljesítmény mérését és a finanszírozást. A DRGs egy olyan betegosztályozási rendszer, amely lehetővé teszi a kórházban kezelt betegek típusának (azaz a case-mixnek) és a kórház költségének összehasonlítását. Ez úgy történik, hogy a betegeket egymást kizáró csoportokba sorolják a beteg fődiagnózisa és egyéb információi alapján.” (J.C.Vertrees, 2001).

A DRGs rendszert először New Jerseyben vezették be 1980-ban. A DRGs osztályozást úgy tervezték meg, hogy a kórházi esettípus csoportok olyan szakmai és költségigény szerint relatíve homogén kategóriák legyenek, amelyekhez árakat lehet rendelni. A DRGs mellett érvelők egyik központi gondolata az volt, hogy ez a finanszírozási modell a DRGs csoportokra meghatározott differenciált, szakmai alapú pénzügyi korlátokat jelentő díjak által arra ösztönzi, mondhatni kötelezi a kórházak vezetőit, hogy változtassanak a kórházi motivációkon, ideértve az orvosok, az egészségügyi személyzet magatartását, a költségtakarékosság érdekében.

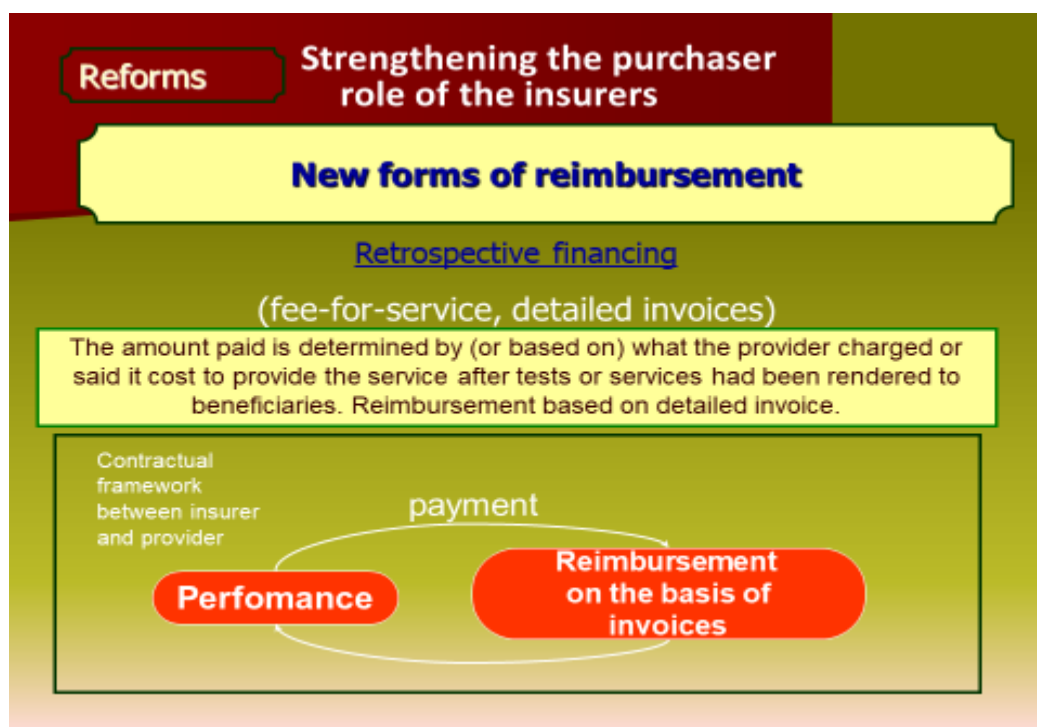
A DRG néven bevezetett prospektív fizetési rendszert úgy alakították ki, hogy korlátozza a kórházi bevételek Medicare-program költségvetéséből származó részesedését. 1982-ben az amerikai kongresszus elfogadta, mint új Medicare finanszírozási rendszert. Egészségügyi szolgáltatói finanszírozási célra erre az időre már számos versengő osztályozási rendszert is fejlesztettek ki, mégis a következő indokok alapján a döntés a DRGs rendszer mellett szólt:

- ✓ Kivitelezhető és könnyen megvalósítható adatkezelést igényel.
- ✓ Valamennyi eset besorolható a rendszer segítségével.
- ✓ A finanszírozási összegek meghatározásánál az ápolási esetek objektívnek tekinthető jellemzőit veszi alapul.
- ✓ A szokatlanul súlyos vagy költséges esetek azonosíthatók és így a megfelelő módszer szerinti finanszírozásuk megoldható.
- ✓ Kezelhető számú finanszírozási típust (szolgáltatást) különböztet meg.

- ✓ A jelenlegi ismert módszerek közül a leghatékonyabb ösztönzés valósítható meg az optimális ellátás/költség viszony érdekében, miközben biztosítja, hogy a finanszírozás a teljesítményekkel arányos, normatív legyen.

A fenti érvek a mai napig megállják a helyüket azzal a kiegészítéssel, hogy ma már a technikai kivitelezés határai jelentősen bővültek, amelyre tekintettel a DRGs rendszerek további finomítására nyílt lehetőség. Az események megértéséhez tudni kell azt is, hogy ebben az időszakban az USA-ban a Medicare rendszer esetén, amely az egészségügyi ellátásra szervezett állami egészségügyi finanszírozási program, finanszírozhatósági problémák jelentkeztek a tételes elszámoláson alapuló (fee for service) finanszírozás miatt, amelynek következtében akkor éppen robbanás szerű költségemelkedést tapasztaltak. Később a rendszer szélesebb körben is bevezetésre került, így pl. 1987-ben New York állam törvényt fogadott el a DRG-alapú kifizetések bevezetéséről minden, nem Medicare, beteg számára is.

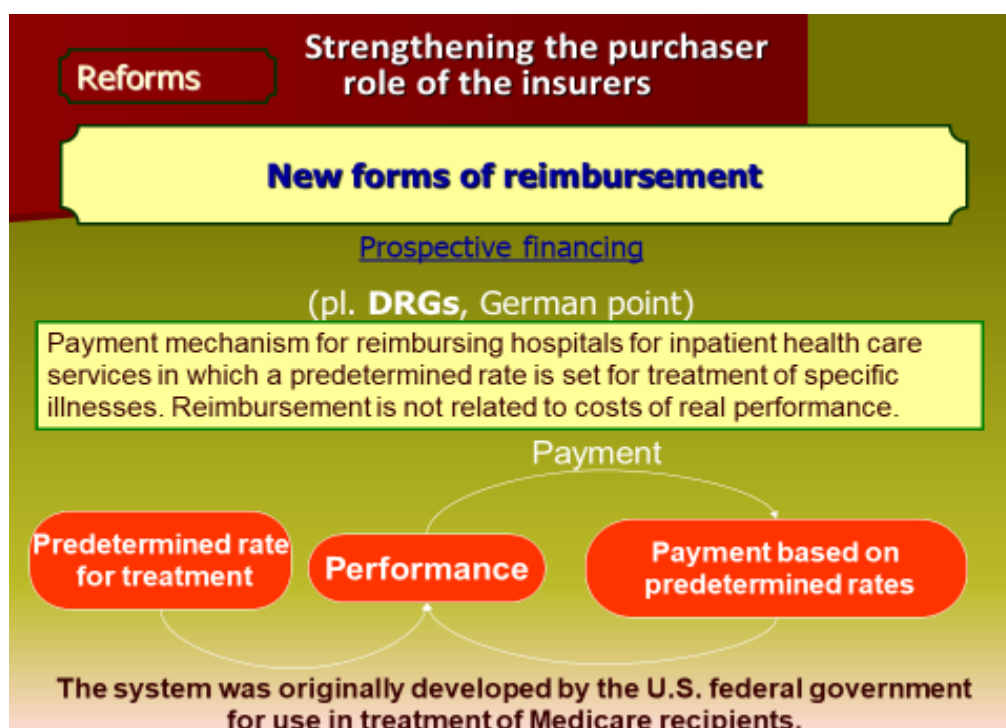
10.1. ábra A retrospektív finanszírozás



Forrás: Dózsa Csaba, előadásanyag

A DRGs rendszer a mai napig jól teljesít az USA CMS finanszírozási programjában, és más finanszírozási megoldásokban is. Évente felülvizsgálják, beépítik az új technológiákat, fionomhangolják az osztályozást. A jelenlegi rendszerben már ráépített minőségbiztosítási elemek vannak, megjelentek az első kötegelt finanszírozási megoldások is.

10.2. ábra A prospektív finanszírozás



Forrás: Dózsa Csaba, előadásanyag

Egy 2007-ben megjelent vélemény, sok évvel a bevezetés után, tömören így összegezte a DRGs rendszer hatását: „...az egyetlen legbefolyásosabb háború utáni innováció az orvosi finanszírozásban: a Medicare prospektív fizetési rendszere (PPS). A menthetetlenül növekvő orvosi infláció és a mélyreható gazdasági hanyatlás arra kényszerítette a politikai döntéshozókat az 1970-es évek végén, hogy folytassák a Medicare radikális reformját, hogy megóvják a programot a fizetéseképtelenségtől. A Kongresszus és a Reagan-adminisztráció végül az egyetlen alternatív finanszírozási rendszerhez fordult, amelyet az elemzők és akadémikusok mindenkinél többet tanulmányoztak, és amelyet New Jersey-ben is látszólag sikerrel teszteltek: a diagnózissal kapcsolatos csoportokkal (DRG-k), mint leendő fizetési módszerrel végzett tesztelést. A rendszer ahelyett, hogy egyszerűen megtérítette volna a kórházaknak a Medicare-betegek kezeléséért felszámított tételes költségeket, az új modell a beteg diagnózisa alapján előre meghatározott díjat fizetett a kórházaknak.”.

Az amerikai nemzeti egészségbiztosítási programokról - **Medicare, Medicaid** – szóló törvény 1965-ös elfogadása óta, a legjelentősebb egészségpolitikai változás gyakorlatilag észrevétlen maradt a nagyközönség előtt. Ennek ellenére **a változás nem volt más, mint forradalmi. A szövetségi kormány most először jutott fölényhez a kórházakkal való pénzügyi kapcsolatában.**

A **Medicare** új, DRG-s fizetési rendszere megváltoztatta a politikai és gazdasági erőviszonyokat az orvosi ellátást nyújtók (kórházak és orvosok) és az azt fizetők között – azt a hatalmat, amelyet a szolgáltatók több mint fél évszázada alatt sikeresen felhalmoztak.

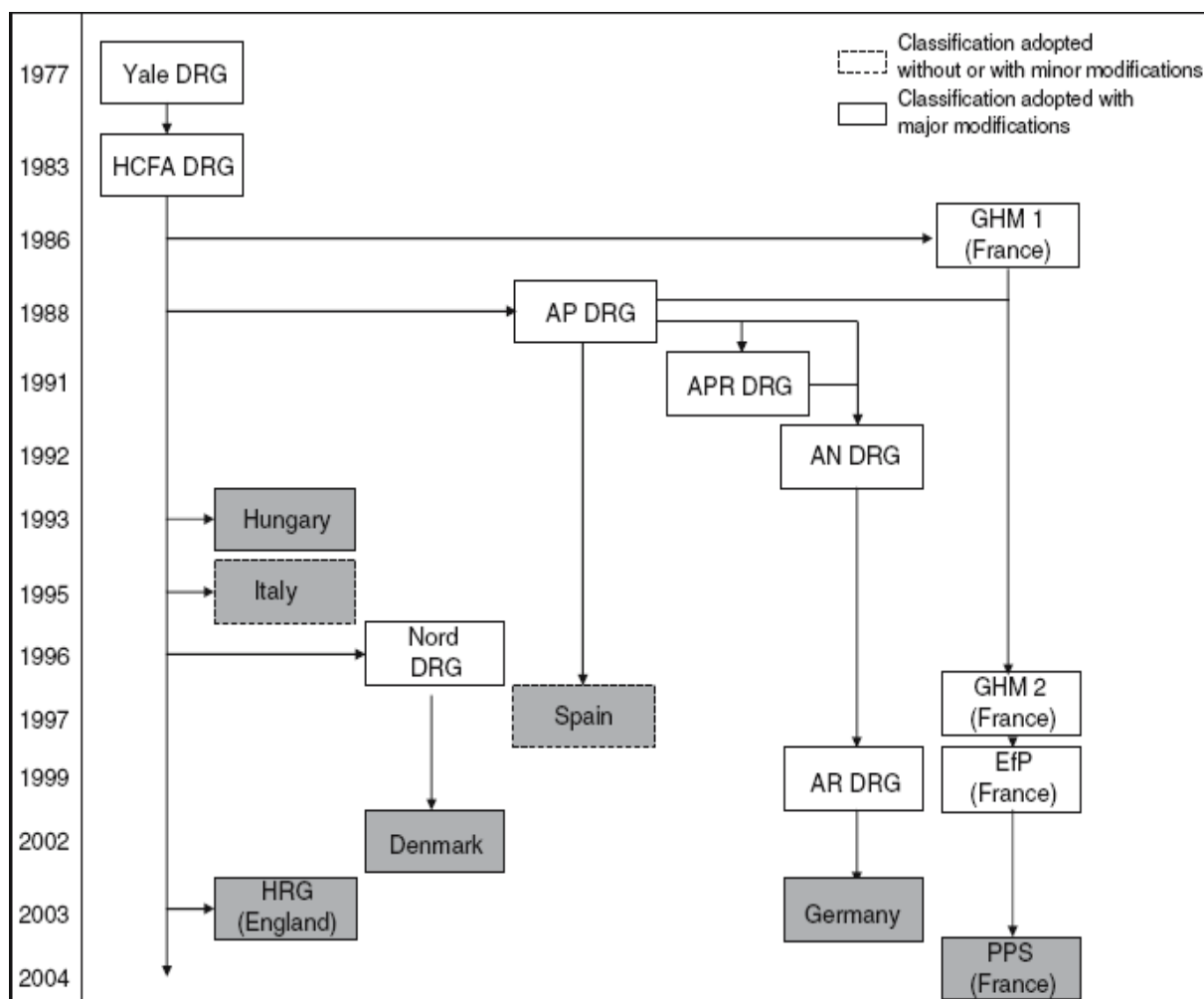
„...the single most influential postwar innovation in medical financing: Medicare's prospective payment system (PPS). Inexorably rising medical inflation and deep economic deterioration forced policymakers in the late 1970s to pursue radical reform of Medicare to keep the program from insolvency. Congress and the Reagan administration eventually turned to the one alternative reimbursement system that analysts and academics had studied more than any other and had even tested with apparent success in New Jersey: prospective payment with diagnosis-related groups (DRGs). Rather than simply reimbursing hospitals whatever costs they charged to treat Medicare patients, the new model paid hospitals a predetermined, set rate based on the patient's diagnosis. The most significant change in health policy since Medicare and Medicaid's passage in 1965 went virtually unnoticed by the general public. Nevertheless, the change was nothing short of revolutionary. For the first time, the federal government gained the upper hand in its financial relationship with the hospital industry. Medicare's new prospective payment system with DRGs triggered a shift in the balance of political and economic power between the providers of medical care (hospitals and physicians) and those who paid for it - power that providers had successfully accumulated for more than half a century.”

(Mayes, Rick (January 2007). "The Origins, Development, and Passage of Medicare's Revolutionary Prospective Payment System" (abstract). Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. 62 (1). Oxford University).

10.2.2. A case-mix modell nemzetközi terjeszkedése

Az amerikai bevezetéstől indulva a DRGs alkalmazása kilépett az USA területéről. Számos országban kezdtek el olyan projekteket, amelynek célja a CM alapú finanszírozás adaptációja, bevezetése volt, mint pl. mind pl. Dánia, Írország, Hollandia, Anglia, Belgium, Ausztrália, Portugália. A valós finanszírozásban elsőként ezek közül az országok közül Ausztrália egyik államában, South Welstben kezdték el alkalmazni 1993-ban, valamint Portugáliában 1995-ben, mint költségvetéstervezési módszert.

10.3. ábra A DRGs rendszerek fejlődése és klasszifikációja



Forrás: WHO jelentés, 2005.

10.1. táblázat A világban elterjedt DRG rendszerek rövidítése, bevezetésük éve és fő jellemzőik

Nord DRG	Scandinavian system (The beginning of NordDRG dates to the mid-1990s when Denmark, Finland, Norway, and Sweden started collaborating to create a common Diagnosis Related Groups (DRG) system, based on the American HCFA-DRG system, to better suit Nordic healthcare needs, with the first grouper published in 1996.)
AP DRG:	All Patient system (The beginning of All Patient DRGs (AP-DRGs) stems from the original Yale DRGs, evolving in the late 70s/early 80s, notably with New York State (NYDH) and 3M, to expand beyond Medicare patients (like pediatrics, HIV) for better case-mix representation, leading to the "All Patient" concept, and later refinement into APR-DRGs to incorporate severity of illness and mortality risk for all patient types, not just adults.)

APR DRG	All Patient Refined systems (The beginning of All Patient Refined DRGs (APR-DRGs) lies in the evolution of the original Diagnosis Related Groups (DRGs) at Yale in the late 1960s, expanding to cover all patient types (pediatric, etc.) and then being refined by 3M to add crucial layers for Severity of Illness (SOI) and Risk of Mortality (ROM), classifying patients by complexity, resource use, and outcome potential, making them a comprehensive tool for payment and quality measurement in acute care hospitals.)
HCFA DRG	Care Financing Administration system (The beginning of the HCFA DRG system started in the late 1970s at Yale University, led by Robert Fetter and John Thompson, with support from the Health Care Financing Administration (HCFA) (now CMS) to create a way to classify hospital patients into manageable groups (Diagnosis Related Groups) for prospective payment, with New Jersey piloting it in 1980, and HCFA implementing it nationally for Medicare in 1983 to control costs.)
GHM DRG	Groupes Homogènes de Malades (The beginning of France's GHM (Groupes Homogènes de Malades) system, the French version of DRGs, traces back to the mid-1980s with the Programme for Medicalisation of Information Systems (PMSI) around 1982, aiming to control hospital costs and improve efficiency by grouping patients with similar diagnoses and resource use, eventually leading to its official introduction for hospital financing and reimbursement in the mid-1990s (around 1993-1996) as part of broader healthcare reforms.)
AN DRGS AR DRG	Australian National system / Australian Refined system (The beginning of Australia's own DRG system, the Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), was in December 1998, replacing the earlier Australian National DRGs (AN-DRGs) and aligning with the new ICD-10-AM coding system to better reflect Australian patient care and resource use. It marked a significant shift from US-based systems to a locally developed classification, grouping hospital stays into categories of similar clinical complexity and resource consumption for funding and management.)

Forrás: Szerzők

Azonban itt kell kiemelni, hogy Magyarországon az első kísérleti DRGs projekt már 1986-ban sikeresen megtörtént, majd kiterjedt vizsgálatok történtek eztkövetően több évben is, számos kórház részvételével, amelyek száma egyes években elérte a 18 kórházat. (Jávor, 1988, Bordás, 1991) Ismereteink szerint, nagy eséllyel, 3. országhként a világon Magyarország alkalmazta finanszírozási célra, mégpedig igen kiterjesztett módon, outputfinanszírozási rendszerként, teljeskörűen, minden aktív kórházi ellátási esetre, a működési költségekre, azaz minden költségelemre, a tartósan lekötött eszközök fedezetét biztosító amortizációs fedezeti rész

nélkül. (Alberio, 2024) Ezt egyénként tanúsítja a mindmáig hatályos, az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet.

A bevezetés előkészítését Dr. Jávor András vezetésével a székszárdi székhelyű GYÓGYINFOK (az egészségügyi ellátásért felelős minisztérium Gyógyító Megelőző Ellátás Információs Központja), a kísérletekben résztvevő kórházak, az orvosi, a közgazdasági, az informatikai szakemberek széles köre, valamint a megalakulását követően az Országos Egészségbiztosítási Pénztár végezte. (Jávor, 1988, Bordás, 1991, Babarczy 2020)

10.2. táblázat A DRGs rendszerek egy 2021. évi OECD felmérés alapján

Kórházi finanszírozási rendszerek típusa olyan országokban, ahol társadalombiztosítási rendszer van			
Ország	Közkórházak	Magán kórházak not-for-profit	Magán kórházak for-profit
Austria	DRG	DRG	DRG
Belgium	Prospective global budget	Prospective global budget	n.a.
Chile	DRG	DRG	line-item remuneration
Czech Republic	DRG	DRG	DRG
Estonia	DRG	n.a.	n.a.
France	DRG	DRG	DRG
Germany	DRG	DRG	DRG
Greece	DRG	DRG	Procedure service payment
Hungary	DRG	DRG	Procedure service payment
Israel	Procedure service payment	Procedure service payment	Procedure service payment
Japan	DRG	DRG	n.a.
Korea	Procedure service payment	Procedure service payment	n.a.
Luxembourg	Prospective global budget	Prospective global budget	n.a.
Mexico	Prospective global budget	Procedure service payment	Procedure service payment

Netherlands	DRG	DRG	n.a.
Poland	DRG	DRG	DRG
Slovak Republic	Procedure service payment	Procedure service payment	Procedure service payment
Slovenia	DRG	DRG	DRG
Switzerland	DRG	DRG	DRG
Turkey	Prospective global budget	Prospective global budget	Prospective global budget
United States (Medicare)	DRG	DRG	Procedure service payment

Kórházi finanszírozási rendszerek olyan országokban, ahol un. Állami egészségügyi rendszerek működnek

Ország	Közkórházak	Magánkórházak not-for-profit
Australia	DRG	Procedure service payment
Canada	Prospective global budget	Prospective global budget
Denmark	Prospective global budget	n.a.
Finland	DRG	
Iceland	Prospective global budget	n.a.
Ireland	Prospective global budget	Prospective global budget
Italy	Prospective global budget	DRG
New Zealand	Prospective global budget	n.a.
Norway	Prospective global budget	Prospective global budget
Portugal	Prospective global budget	Procedure service payment

Spain	Line-item remuneration	Prospective global budget
Sweden	Prospective global budget	Prospective global budget
United Kingdom	DRG	Procedure service payment

Forrás: <https://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics.htm>

Az OECD gondozásában elérhető adatok is mutatják a rendszer széleskörű elfogadottságát. **38 OECD országból 34 ország alkalmazza a rendszert.** Ugyanakkor érdemes azt a kérdést feltenni, hogy mindez lehet-e a jövő alapja, vagy változtatni kell, más gondolkodást kell előtérbe helyezni.

Az eddigi fejlődési irányok jól mutatják, hogy ide el kell érni és innen érdemes tovább folytatni a finanszírozási modell fejlesztését.

Nem csak a kórházi esetekre érdemes ellátási csoportokat létrehozni, hanem az ambuláns ellátásra is, sőt még inkább egy-egy megbetegedés folyamat egységére annak érdekében, hogy finanszírozási úton is kapcsolódjanak az ellátásban résztvevő különböző ellátási formák, Szolgáltatók. Ezekhez a rendszerekhez ma már minőségi indikátorok, eredményességi mutatók is kapcsolhatók, a digitalizáció függvényében, aminek technikai akadályai ma már egyre kisebbek.

10.3. A case-mix – HBCs/DRGs – történet Magyarországon

Magyarországon 1986-ban kezdtek el foglalkozni a case-mix (CMI) osztályozási módszer megvalósíthatóságával az egészségügyi ellátásban. A második világháborút követően, a Szemaskó féle szovjet típusú ún. tanácsi finanszírozású egészségügyi szolgáltatói rendszerben a kórházak input alapú költségvetést által kapták meg az ellátási költségek fedezetét.

A kórházi ellátás forráselosztását évről évre a **korábbi költségvetés alapján**, az inflációs rátára tekintettel végezték, valamint figyelemmel voltak a kapacitás változására (új osztályok, új ágyak), azonban lényegében az összegét a valós tevékenységtől függetlenül, egyfajta költségvetési egyeztetés, alku során határozták meg. A kórházak elkészítették az éves költségvetési tervet, majd a tervezési egyeztetési tárgyalásokat követően a tanácsok, a mai önkormányzatok, elfajta állami jellegű elődje, mint finanszírozó hozott döntést a végleges költségvetésről.

Az inputfinanszírozás hátrányai a 80-as évekre már erősen érezhetőek voltak. Amint azt a későbbi elemzések is visszaigazolták, számszerűsítették, jelentős egyenlőtlenségek jöttek létre

a kórházak között a pénzügyi helyzet tekintetében a költségvetési alku alapú finanszírozás miatt. Az átlagos ápolási idő jellemzően magas volt, a szigorúan betartott beutalási rendszeren keresztül jelentős volt az idő- és erőforrás-pazarlás, valamint elkerülhető egészségveszteségeket okozott az is, hogy a betegek nem a legrövidebb időn belül érkeztek meg a kórházi ellátás megfelelő szintjére.

Számos probléma merült fel azért is, mert bár az időszak utolsó éveiben rendelkezésre álltak bizonyos adatok a kórházi teljesítményről, a kezelt betegek számáról, a különböző diagnózisok számáról a megfelelő költségvetés létrehozásához, az egészségügyi erőforrások elosztásának nem alakult ki hiteles, transzparens, számonkérhető, egységes módszere. A kórházak anyagi helyzete a költségvetési alku alapú módszer következtében nagyon eltérő volt, és ez maga után vonta önmagában is azt a kedvezőtlen helyzetet, hogy a kórházi ellátás minőségi szintje és a hozzáférhetőség is nagyon eltérő és egyenlőtlen legyen az ország régiói között.

Megfogalmazódott az a vélemény, hogy racionálisabban és produktívabban szükséges a forrásokat az egészségügyi szolgáltatók számára szétosztani.

A változás egyik legnagyobb akadálya a kórházakon belüli erőforrás-felhasználással és a ténylegesen végzett tevékenységek jellegével kapcsolatos információk hiánya volt.

Már ebből az egy megállapításból is levonható, hogy a kórházakban nem volt, nem lehetett olyan management működés, amely az üzemgazdaságosság növelést, a pénzfelhasználás hatékonyságát értékelte volna. Sem az akkor érvényes finanszírozási módszer, sem az információ értékelési képesség nem biztosította ehhez a feltételeket.

A kórházak számviteli rendszerében szervezeti egységekre, költségnemekre vonatkozóan természetesen a számviteli rendnek megfelelően vezették a nyilvántartásokat, azonban egészségügyi beavatkozásokra, az ellátott egyedi esetekre nem készültek költségszámítások. Ezért nem is lehetett megfelelően értékelni az erőforrás és költséggazdálkodás helyzetét.

A gyakorlatban a rendelkezésre álló korlátozott adatok alapján nem lehetett megítélni, hogy milyen erőforrásokat milyen módon, milyen eredménnyel használtak fel, így nem lehetett választ adni arra a kérdésre sem, hogy milyen módon kellene az ellátóstruktúrát vagy az ellátási folyamatokat racionalizálni.

Azt is érdemes figyelembe venni, hogy a költségvetés alapú finanszírozásnak egy szigorított formáját, az ún. „rovattételes” költségvetést alkalmazták, amely „megpántlikázta”, hogy az egyes rovatokon biztosított finanszírozási keretet mire lehet felhasználni, létrehozva ez által egy rendkívül rugalmatlan erőforrás-gazdálkodási rendszert, amely nem, vagy csak rendkívül

nehézkiesen tudott a mindenkori betegigényekhez igazodni. Ez a finanszírozási minta az államigazgatási szervezetek működésébe is alkalmazott módszerrel azonos szerkezetű, módszerű volt, azzal a jelentős helyzeti különbséggel, hogy az államigazgatás ügyintézési feladatai alapján jóval kisebb mértékben kellett számolni változékony nagyságú, vagy még inkább összetételű erőforrás igényekkel, mint pl. az egészségügyi ellátásban gyakran előforduló olyan ellátási helyzeteknél, mint amit a balesetek, járványok, vagy egy új technológia beléptetése okozhatnak.

Ehhez képest egy nagyobb mozgásteret hozott az egészségügyi szolgáltatók számára az un. egységes pénzalapgazdálkodás alkalmazása, egyfajta kísérleti jelleggel, ahol legalább a rovatteles kötelezettségeket csökkentették. Ebben a helyzetben mind a szolgáltatói oldalon, mind az egészségpolitika szintjén, a létrehozott néhány egészségügyi informatikai központban elindul egészségügyi informatikai fejlődésére is figyelemmel, a CM típusú DRGs rendszert jó megoldásnak tekintették. Itt szükséges kiemelni az a sajátosságot, hogy amíg az USA esetében a fenyegető költségrobbanás miatt váltottak a tételesalapú finanszírozásról az esettípus alapú megoldásra, addig Magyarországon ezzel teljes mértékben ellenkező oldalról az inputfinanszírozás oldaláról indult a változtatás igénye.

10.4. ábra Kórházi finanszírozási megoldások

Kórházfinanszírozási megoldások

Finanszírozási technika

Erőforrás típusonkénti finanszírozás **előre** értékében, vagy naturálisan („rovat-tétel” jellegű, **teljesítménytől függetlenül**, a szolgáltatók igénybejelentése, terve alapján)

Költségvetési keret biztosítása **előre**, teljesítménytől függetlenül – („egységes pénzalap” gazdálkodás)

Normatív esetátalány jellegű díj az **ellátás betegség, műtét alapú típusa** (HBCs) szerint a **várható költségigénnyel** arányosan **differentiált értékkel**, az **elvégzett teljesítmény** után

A beteg részére az ellátás során **elvégzett** valamennyi szolgáltatás **tételes kifizetése**

magyar út: „rovat-tételes” finanszírozástól a HBCS-ig, 1993

amerikai út: tételesből a DRGs felé, 1984

Hatások	Nincs garancia a teljesítmény megfelelő emelésére, nagyságára, várólista feszültségek , nincs számon kérhető teljesítmény	Nincs garancia a teljesítmény szükséges szintjére, emelésére, várólista feszültségek , nincs számon kérhető teljesítmény	Teljesítmény megfelelő szinten , járulékos szabályok kellene az indokolatlan felvételek ellen, (TVK, garancia szabály, kötegelés hosszabb betegútra)	A teljesítmény robbanásszerű indokolatlan növekedése, elsősorban a résztevékenységek szintjén, nem esetben, hatalmas biztosítói finanszírozási hiány
- Teljesítmény				
- Súlyos betegek felvállalása	Nem cél, inkább a betegek továbbküldése várható	Nem cél, inkább a betegek továbbküldése várható	Támogatja, súlyosabb betegért több finanszírozás jár	Semleges hatás
- Költséghatékony eredményes	Nem ösztönzi	Nem ösztönzi	Jelentős ösztönzés a felvételt követően az optimális ápolási időre, költségre	Nem ösztönzi
- Költségvetési korlát betartása	Nem ösztönzi, idő előtt elfogyó keretek, nincs transzparens szabály a lehívható keretre, nem felel érte vagy nagyon rugalmatlan keretfelhasználás	Költségkorlátok betartása biztosított , minden pénzügyi rizikó a szolgáltatón, a finanszírozón nincs, ellátási feszültséggel kell számolni	Költségkorlátok betarthatók rizikó megosztással: transzparens, elszámoltatható, mérhető, összehasonlítható teljesítmény értékelés	Költségkorlátok betartás nem biztosított , minden pénzügyi rizikó a Finanszírozón

Forrás: Kiss Zs előadás

A kórházfinanszírozási rendszer módosításának fő célkitűzései

A bevezetés előkészítésekor kitűzött célokat az alábbiakban fogalmazták meg:

- A betegeket csak a szükséges kezelésre, csak azon szolgáltatások miatt kell a kórházba vinni, amelyeket kizárólag a kórházban nyújtanak, és amelyeket máshol nem lehet hatékonyan elvégezni.
- A betegeket mindenkor az egészségi státuszuknak és az ellátási igényüknek leginkább megfelelő ellátási formában, minőségben szükséges gyógykezelésbe, rehabilitációba, vagy megelőző szolgálatatásba részesíteni.
- A kórházi esetek ellátását a felvételt követően költséghatékonyan kell megszervezni, ideértve az időben és térben megfelelő sorrenden biztosított diagnosztikai és terápiás kezeléseket, aminek következtében az elkerülhető, felesleges beavatkozások száma, az ápolási idő csökkenthető.
- A régiók közötti jelentős hozzáférési egyenlőtlenségeket csökkenteni kell.
- A finanszírozási korlátozásokat a megfelelő szintre érdemes helyezni, mondhatni a rizikókezelési képesség szerint. Az inputrendszerben a fix költségvetéssel a kórházi ellátás pénzügyi rizikója a kórházakra hárul, amit, tekintettel arra, hogy kevés eszköz áll rendelkezésre a megfelelő rizikó kezeléshez - jobb megoldás hiányában - a betegre háríthatnak át.

A változtatás szándéka megszületett, a nemzetközi szakirodalom átvizsgálása során a figyelem fókuszába a DRG rendszer került. Ekkorra, az 1980-as évek közepére, már jelentős eredmények születtek az egészségügyi informatikában, a szekszárdi GYÓGYINFOK-ban, az országos szervezési feladatokkal korábban megbízott ESZTIK nevű szervezetben, az egyetemeken és jó néhány kórházban.

Az Egészségügyi Minisztérium ESZTIK szervezete 1974-től rendszeresen gyűjtötte és értékelte a fekvőbeteg-ellátás "minimális bázis adatának" mintegy 10%-os mintáját. Az első években az adatokat papír alapon kapta meg a központi feldolgozó egység, később pedig egyre több egészségügyi egység szolgáltatja az információkat elektronikus formában. Két megyében, Zala és Tolna megyében az összes kórházi esetre működött a Kórházi Adatlap rendszer, amely már valamennyi olyan adatot tartalmazott, ami a DRGs osztályozás algoritmusához szükséges volt.

A nagyobb kórházakban klinikai, diagnosztikai és gazdasági irányítási rendszerekben vezettek be az informatikai alkalmazásokat. Sok kórház használt informatikai rendszereket a betegfelvételhez, valamint az orvosi adatok és a pénzügyi műveletek rögzítéséhez.

A főbb nemzetközi kódrendszereket rendszerszerűen alkalmazták az egészségügyi dokumentációban, az orvosok, az egészségügyi szakszemélyzet ismerte ezeket a rendszereket.

Ehhez jött az a többlet lehetőség, amelyet a GYÓGYINFOK által a Szekszárdi Megyei Kórház bázisán fejlesztett informatikai megoldások nyújtottak. Már akkor számos klinikai online rendszert működtettek, digitalizálták a műtéti adatokat, a megyei keresőképtelenségi adatokat, a gazdasági rendszerek egy része is digitalizáltan működött.

A DRG rendszer fejlesztéséhez szükséges számos alapvető feltétel az 1980-as évek közepén már rendelkezésre állt. A DRGs rendszer besorolásához lényegében a DRGs rendszerfejlesztés elejétől a már régóta alkalmazott Kórházi Adatlap rendszer által rendelkezésre álltak az adatok egyedi beteg ellátási eset szinten, azonban hiányoztak az adatbázisok a DRGs költségigényességi jellemzőjének, a súlyszámnak a meghatározásához. Ezért ezen hiányzó adatok összegyűjtéséhez a kórházak részvételével ráfordítás-mérési projekteket indítottak.

Kérdés lehet, hogy miként történhetett meg erre az időre, 1986-ra az, hogy Magyarországon a kórházi ellátás bázis adatait az egyes osztályos ellátási esetek szintjén WHO kódrendszerekkel már kódolták, digitalizálták országos mintában, valamint két megyében teljes körűen, minden esetre.

Mindez annak köszönhető, hogy egy, az új orvosi technológiák mellett a számítástechnika iránt is érdeklődő, elkötelezett kórházigazgató, a szekszárdi Megyei Kórház vezetője, Dr. Szentgáli Gyula már 1969-től kezdődően, először még Bull Gamma lyukkártyás gépen, elkezdte feldolgozni, feldolgoztatni a kórházi bázis adatokat. Nem túlzás kijelenteni, hogy innen indult a folyamat, ami elvezetett a DRGs rendszer hazai korai adaptációjához, az 1993. évi implementáláshoz.

A DRGs hazai adaptációjának megvalósítása

A DRG magyarországi adaptálása a már működő hazai adatbázisokra építve, azt kiegészítve, az erőforrás felhasználás felmérésével, a betegek ellátási folyamatának értékelésével kezdődött.

1986-ban egy kórházban, a szekszárdi Megyei Kórházban, hat hónap alatt értékelés céljából költségfelmérést, kalkulációt, értékelést és tanulmányt készítettek a legfontosabb 6 szakmai klinikai területre, amelynek célja egy szélesebb körű, több kórházat bevonó vizsgálat előkészítése volt, amelyet módszertani kísérletnek neveztek.

Ennek során elkészült az első besorolási algoritmus, az első költségkalkulációk a beavatkozásokra, a megfigyelt ellátási esetekre, és ezek összegzésével, átlagolásával a DRGs csoportokra.

1987 és 1991 között az adatokat egyre szélesebb körű forrásokból, egyre több kórházból gyűjtötték. A résztvevők száma évente különböző volt, de volt olyan év, amikor a résztvevők száma meghaladta a 20 kórházat. A felmérésre kijelölt időszakban az orvosi egyetemek és az országos egészségügyi intézetek is felmérték ellátott eseteket. Elkészültek a költségfelmérések és elemzések, valamint fejlesztették a magyar osztályozási rendszert.

A szakirodalomban megjelent tanulmányok jelentették az egyetlen kiindulási pontot a CM magyar fejlesztésében. A DRG elv azonban annyira racionálisnak, megvalósíthatónak és alkalmazhatónak tűnt már induláskor, hogy végül a teljes kifejlesztése a szakirodalmi ismertekre támaszkodva, a hazai kórházi és szakmai résztvevőkkel a GYÓGYINFOK-ban megtörténhettek.

Az 1990-es rendszerváltás során a magyar egészségügyi rendszer sok más kelet-európai országhoz hasonlóan visszatért a szovjet típusú egészségügyi rendszerből a kötelező nemzeti egészségbiztosítás bismarcki hagyományaihoz. 1990 után az egészségügyi ellátás fenntartásának felelőssége néhány kivételtől eltekintve minden egészségügyi szinten (egyetemek, országos orvosi intézetek) átkerült tanácsi rendszerű államigazgatási szervektől az önkormányzatokra.

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának felelősségét az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) kapta, és az 1993. évi teljesítményalapú finanszírozás implementálása már az újonnan létrejött egészségbiztosító működésének első éveiben megtörtént.

Magyarországon tehát a CM fejlesztés elindítását egyértelműen a finanszírozási rendszer fejlesztésének szándéka motiválta. Az egészségpolitikai döntéshozók olyan racionális finanszírozási módszert kerestek, amely a hagyományosan alkalmazott inputfinanszírozási rendszert felváltva biztosítja a kezelés költséghatékonyságát, összhangba hozza a források elosztását a teljesítménnyel (a pénz követi a beteget), ösztönzi az ellátás javítását (minőségi és mennyiségi kritériumok alapján), miközben biztosítja a rendelkezésre álló költségvetési források betarthatóságát. A HBCs bevezetését – az egészségügyi reformok elemzése keretében – Babarczy B. disszertációjában a támogató koalíciók (*advocacy coalition framework*) elméletének fogalomrendszerébe illesztette. (Babarczy, 2020)

A kezdetektől fogva nyilvánvaló volt az is, hogy az egészségpolitikai döntéshozók számára a CM rendszer a finanszírozási célok mellett más célokat is szolgál. Használható például az egészségügyi tervezés, a minőségellenőrzés, a minőségi mutatók meghatározása és értékelése, a kezelési eredmények mérése, az epidemiológiai vizsgálatok és a szükségletek felmérésének támogatására. A rendszer fejlesztését, implementálását követően a többcélú alkalmazás is megvalósult. A HBCs minden kórházi ellátáshoz kapcsolódó feladatba beépült, elfogadott, mindennapi összehasonlító eszközzé és szabályozó eszközzé vált.

A rendszer finanszírozási célú alkalmazása 1993. július 1-jén országsszerte megkezdődött, és kiterjedt az összes aktív fekvőbeteg-ellátási esetre. Az átmenet biztonsága és az alkalmazkodásra szánt elegendő idő biztosítása érdekében az első HBCs finanszírozási rendszert mára már megszünt speciális szabályok is jellemezték. A rendszernek a mai napig vannak azonban olyan jellegzetességei, amely az idők során nem változtak meg, az első naptól azonosak.

A mai napig a változatlan szabályozási elemek között említhetjük az országos egységes HBCs osztályozás, besorolás alkalmazását, az egységes finanszírozási díjparamétereket, az egységes adatszolgáltatási követelményt.

Az időközben megváltoztatott finanszírozási elemek között találjuk az alapidíjat, másmódon az 1,00 súlyszámú HBCs finanszírozási értékét. Ez az érték a bevezetés időpontjában kórházanként eltérő volt. A kezdeti alapidíjat kórházanként az "egyes kórházak teljes költségvetése" és az "adott kórház esetösszetétele szerint korrigált elbocsátások száma" vagy másnéven súlyszámösszeg alapján számították ki. A következő néhány évben ez a kórházanként egyedi alapidíj képezte a számítás egyik tényezőjét.

Ennek magyarázatául az szolgál, hogy a kórházak induló költség szint pozíciója rendkívül eltérő volt. Egy új kibővített HBCs verzió, valamint 5 év adaptációs periódus kellett az egységes alapidíj eléréséhez. Ehhez társult még egy olyan szabály is, amely országos szinten a tárgyhavi teljesítmény alapján egy arányszámot számoltak a tárgyhavi országos finanszírozási keret és a tárgyhavi országos teljesítés viszonya alapján azzal a céllal, hogy ezzel az országos szinten számolt arányszámmal végzett szorzással korrigálva az egyes kórházak havi finanszírozási összegét, végül az országos havi kifizetés összege ne haladja meg a havi keretet, és ne is legyen annál kevesebb. Ez a művelet szolgálta a finanszírozási költségek féken tartását, az országos pénzügyi keret egyensúlyát. (Alberio, 2024)

A kórházak pénzügyi biztonsága érdekében úgy döntöttek, hogy a kórházak bevételei nem lehetnek kevesebbek, mint a korábbi finanszírozási összeg kétharmada amennyiben a teljesítmény szerinti összeg nem érné el ezt az értéket.

10.3.1. A magyar HBCs rendszer felépítése

Már az elején érdemes tisztázni, hogy mi is a DRGs, vagy akár a HBCs rendszer. A HBCs-re elsőként úgy kell tekinthetünk, hogy az nem más, mint a szakmai és költségigényességi szempontokat egyaránt figyelembe vevő **osztályozási rendszer** az aktív kórházi ellátási esetekre. Ezt követően vizsgálhatjuk, mint **finanszírozási módszert**. Itt azonban már figyelemmel kell lennünk arra, hogy milyen módszerben – input, vagy output - alkalmazzák, milyen költségelemek fedezetét biztosítják általa, milyen a teljesítmény és az ellenőrzés módszere, milyen a többi szolgáltatási forma finanszírozási rendszere és így tovább.

A finanszírozási alkalmazás függvényében az osztályozási rendszer által elért hatás nagyon is eltérő lehet, amelyre nemrég is ráerősítettek a COVID-19 pandémia alatt és azt követő néhány évben tapasztalt szolgáltatói magatartások.

A COVID-19 pandémia után még egy darabig maradt a pandémia alatt a kórházak pénzügyi biztonsága érdekében bevezetett, a korábbi finanszírozási év HBCs teljesítménye alapján megszabott ún. átlagfinanszírozási rendszer, amely egyfajta inputfinanszírozási módszerként működött. A COVID-19 pandémia után a jelentős arányú elmaradt tervezhető ellátás miatt az volt a várakozás, hogy az ellátás szintje gyors ütemben növekedni fog. Ehelyett azt lehetett tapasztalni, hogy az ellátás szintje a COVID-19 pandémia előtti szintet sem érte el.

Azt mondhatjuk, hogy egy finanszírozási célból létrehozott osztályozási rendszer jóságát az minősíti, hogy mennyire homogén, hasonló eseteket vont össze ugyanazon HBCs kategóriába a szakmai és a költségigényességi hasonlósága alapján, az egyes HBCs csoportok között a súlyszámok aránya mennyire felel meg a szakmai feladatoknak, a várható költségek eltérésének, mennyire reális. De fontos végül az alapidj és az adott HBCs csoport súlyszámának szorzata is, azaz az egy – egy eset ellátása után fizetendő finanszírozási díj teljes összege, amely mutatja, hogy mekkora tényleges költségfedezetet biztosít a kórházak számára.

10.3.2. A magyar HBCs rendszer struktúrája

A magyar HBCs rendszer egy előzetes főcsoportból és 25 fő csoportból áll. A 25 főcsoport a betegségek típusa szerint osztályozza az eseteket. Egy - egy főcsoportba a megbetegedés lokalizációja, a szervrendszer szerint azonos betegségek kerülnek, amelyek a főcsoporton belül

három fő irányban tovább alosztályokba kerülhetnek, mint beavatkozással minősített alosztály, beavatkozás nélkül minősített alosztály, sürgősségi alosztály.

Az 1993-as induláskor még külön (papíros) kiadványként nyomtatásban megjelent „Besoroló Kézikönyvet”, vagy „HBCs Szabálykönyvet” 2012-től már mint jogszabályt miniszteri rendeletet hirdették ki (*A gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegségcsoportok kódolási és besorolási szabályairól szóló 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet*), digitális formában elérhető az interneten a net jogtárban. A miniszteri rendelet 14 szekcióban szabályozza az (2.) értelmező szabályokat, (3.) A homogén betegségcsoportok létrehozásának részletszabályait, (4.) Általános szabályokat, az osztályos ellátás során kezelt megbetegedés diagnózisainak meghatározását. (5.) A haláloki diagnózisok meghatározását. (6.) A különböző diagnózis típusok kódolásának szabályai. (7.) A kórházi ellátást indokoló fődiagnózis kapcsolata az alapbetegséggel és a fődiagnózis miatti szövődménnyel. (8.) A kórházi ellátást indokoló fődiagnózis, a fődiagnózis szövődménye és a fődiagnózis miatt végzett beavatkozások kapcsolatát. (9.) Besorolási szabályokat. (10.) A társult betegség minősítésének szabályait. (11.) A súlyos társult betegség minősítésének szabályait. (12.) Speciális besorolási szabályokat. (13.) Összevonási szabályokat, valamint (14.) az Ismételt besorolást igénylő elszámolási szabályokat az alkalmazás sorrendjében. A Rendelet 1. melléklete tartalmazza az aktív és kúraszerű ellátások folyamatábráit.

Az egyes alosztályokon belül további osztályozással jönnek létre a HBCs csoportok. Általában minden alosztályon belül az első helyen kiemelt csoport a súlyos társult betegséggel minősített alapcsoport, vagy alapcsoportok, és ezt követően jönnek a további alapcsoportok, amelyek még tovább bonthatók az életkor vagy a kísérő betegségek függvényében

Az előzetes főcsoport speciális, drága, vagy több szervrendszerhez tartozó ellátási típusokat sorol fel tipikusan a következő esetekben

- Az ellátást meghatározó fődiagnózis alapján a csoporton belüli tételek betegségenként több fő csoportba sorolhatók lennének, azonban a kezelés homogén jellege nem indokolja, hogy a betegségtől függően minden főcsoportban önálló alkategóriákat képezzenek.
- Költségfelhasználása és súlyossága miatt az esetek csoportját minden más tényező figyelembevétel előtt meg kell határozni.

Az előzetes főcsoportba tartozik például a kemoterápiák egy része (a fődiagnózis szerint, amennyiben nem kemoterápia történik a beteggel, a szervrendszer szerinti főcsoportba sorolódnak; ugyanazon kemoterápiás protokoll alapján ellátott esetek, ugyanakkor más

ellátásoknál – így pl., a műtétek esetén - már a szervrendszer szerinti csoportokba sorolódnak. Ezen a főcsoporton belül találjuk meg azokat az eseteket is, amelyek rendkívül drága beavatkozások.

A HBCs főcsoportok az ellátást indokló fődiagnózis szerint

- Az előzetes főcsoportba nem tartozó eseteket az ellátást indokló fődiagnózis alapján főcsoportba sorolják.
- A főcsoportok elsődlegesen a szervrendszerek szerint különülnek el. Egy főcsoportba tartozik egy adott szervrendszer minden betegsége. Így a daganatok, fertőző betegségek, sérülések, mérgezések, tünetek is ide tartoznak, amennyiben megnyilvánulásuk helye az adott szervrendszer. A fertőző betegségeknek, sérüléseknek, mérgezéseknek önálló főcsoportjai is van, ezekbe a főcsoportokba azonban csak a több szervrendszert érintő szisztémás betegségeket sorolják be.

Alosztályok képzése minden főcsoporton belül azonos struktúrában történik.

Besorolási szempontnak számító beavatkozás nélkül ellátott esetek HBCs alosztály: az ellátást indokló fődiagnózis miatt nem végeztek olyan beavatkozást az eset részére az ellátás alatt, amely besorolási tényezőnek számít az adott relációban, azaz besorolási szempontnak számító beavatkozás, vagy műtét nélkül végzett ellátásnak minősül. Ezek a HBCs-k a főcsoportokon belül „M” jelzéssel, a „Medical” szó kezdő betűjével, jelölt csoportok.

Besorolási szempontnak számító beavatkozással ellátott esetek HBCs alosztály: az ellátást indokló fődiagnózis mellett, jelentős, besorolási szempontnak számító beavatkozással, műtéttel ellátott esetek. Ezek a HBCs-k a főcsoporton belül „P” jelzéssel, a „Procedure” szó kezdő betűjével, jelölt osztályok.

Sürgősségi alosztály: a rövid idejű (6 – 24 órán belül) befejezett sürgősségi ellátások, amelyeket a főcsoporton alosztályként belül „S” jelzéssel jelölnek. Ezek a csoportok nem tartalmazzák azokat az életet közvetlenül veszélyeztető súlyos állapotok ellátás típusait, amely jellemzően 24 órán túli ellátást igényelnek; ebbe az alosztályba az olyan súlyos, alarmírozó tüneteket mutató esetek jönnek számba, amelyek azonnali beavatkozást igényelnek, azonban az okok rövid időn belüli tisztázását követően a beteg gyors és hatásos kezelésbe részesíthető, rövid időn, 24 órán belül távozatható a kórházi ellátásból.

A HBCs rendszer alkalmazáshoz az első lépés tehát a megfelelő osztályozási rendszer létrehozása, a besorolási szabályok megfelelő összeállítása.

10.3.3. A magyar HBCs osztályozási rendszer

A magyar HBCs osztályozási rendszer sajátosságai a HCFA verzióhoz képest

A magyar HBCs rendszer a HCFA DRGs ismeretében kezdődött, ez adta a fejlesztés induló pontját, azonban a magyar verzió végül nem teljesen ugyanaz és nem is teljesen más, mint az eredeti CMS verzió, vagy az összes többi, a különböző országokban időközben kifejlesztésre került osztályozási rendszer.

A HBCs hivatalos, a finanszírozásban alkalmazott verziói a bevezetés első éveiben

HBCs 1.0: Ezt a verziót 1993. július 1. és 1994. július 30. között használták. Ebben a verzióban a besorolási szempontnak számító beavatkozások és az ellátást indokló fődiagnózisok közötti kapcsolat ellenőrzése még nem volt általános. A csoportosítás elve és a betegcsoportok nagyrészt megegyeztek a HCFA-DRG 5.0 verzióval, míg az egyes csoportok sajátosságait a hazai egészségügyi gyakorlat alapján határozták meg. A súlyszámok meghatározása a működési költségek (vér és vérkészítmények nélkül) alapján történt.

HBCs 2.0: Ezt a verziót 1994. augusztus 1. és 1996. február 28. között használták. Az előző verzióhoz képest jelentős változást jelentett a fődiagnózisok és a műtéti eljárások összefüggésének felvétele. A vér és vérkészítmények költségeit az önköltség súlyozása tartalmazza. 1996. január 1-től az ICD-10 bevezetése miatt megváltoztak a kódolási táblák.

HBCs 3.0: A HBCs rendszer jelentős strukturális változását, finomítását hozó verzió, ekkor történt meg az alaplíj egységesítése, ennek érdekében a progresszivitás magasabb szintjeinek speciális esettípusaira több új HBCs került meghatározásra, önálló csoportba kerültek a súlyos társult betegséggel minősített esetek. (Ez a verzió az AP (All Patient) DRGs verzióval rokon megoldás.

HBCs 3.1: A garanciális szabályok megfelelő végrehajtása érdekében módosult a HBCs csoportok úgynevezett felső határnapja és több új csoport alakult. Ez a változat 1997. október 1-jén lépett hatályba.

HBCs 4.0: 1999-ben vezették be, ez a verzió már kevesebb társbetegséggel járó betegségcsoportot tartalmaz. Az elfogadható betegségek köre is szelekción esett át, több új csoport meghatározásával. Ugyanakkor megnövekedett az életkor csoportképző szerepe.

Azóta is számos újabb verzió lépett életbe, az ellátási feladatok, technológiák és osztályozási fejlesztések által.

HBCS 5.0: 2004-ben hirdették ki, a rendszer a magyar fekvőbeteg-szakellátás finanszírozási rendszere, a Hospital Based Case-Mix System (Kórházi Eset-Mix Rendszer) legújabb verziója, amelyet a NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) használ, és 2025-től vált teljessé, jelentős változásokat hozva a korábbi kódolási és finanszírozási szabályokban, pontosabb és modernebb besorolást biztosítva a kórházi ellátásokra.

Az induláshoz adott volt az a helyzet, hogy a magyar kórházi bázisadat rendszer elég sok minősítési lehetőséggel rendelkezett a beteg állapotának leírására. A minősítési rendszer által nem csak az ápolási indokló fődiagnózist és a másodlagos diagnózist jelölhették meg, hanem külön a szövődményeket típusonként, a fődiagnózistól független kísérő betegségeket, valamint kódolták azt az alapbetegséget is, amely a megbetegedés folyamatát elindította. Ez a megoldás sokkal pontosabb leírást ad az ellátás jellegéről, indokáról, kevesebb kódolási szabályt kellett beiktatni az ellátott állapotának megfelelő kódolása érdekében. A beavatkozások is minősítést kapnak aszerint, hogy mi a relációjuk az ellátást indokló fődiagnózishoz.

Nem jelentősen, de kicsit eltérő a BNO rendszer alábontása a WHO által kötelezően előírt 4 pozíciót követő alábontásban. Adódnak eltérések a kórházi beavatkozások listájában is részben azért, mert az egyes országok világszerte a beavatkozásokra egymástól eltérő kódrendszereket alkalmaznak, nincs olyan egységes alkalmazás, mint ami a betegségekre, vagy a gyógyszerekre az ATC alkalmazásával már megvalósult. Ez az egységesítés mostanában kezdődött ugyancsak a WHO kezdeményezésére az az International Classification of Health Interventions (ICHI) kódrendszer. Adódnak eltérések abból is, hogy a kórházi ellátásban alkalmazott, a közfinanszírozásba befogadott műtétek, beavatkozások listája a különböző országokban nemzetközi szinten kismértékben eltérő, nem teljesen azonos.

A magyar rendszer kifejlesztése mellett szóló fő érv az volt, hogy Magyarország hagyományosan az ICD-9 (BNO-IX) verziót használta a betegségek kódolására, az amerikai verzióban alkalmazott ICD-9-CM-et pedig nem használták.

A beavatkozások kódolásához ebben az időszakban már a WHO ICPM rendszerének adaptációja volt használatban. Magyarországon a más országokkal való összehasonlíthatóság érdekében már akkorian úgy döntöttek, hogy minden egészségügyi dokumentációhoz a WHO kódolási rendszerét használják. Természetesen a mai napig több módosítás is történt a visszatérítési kérdésekben. A kórházi esetek jellemzőinek meghatározására és a kórház bázis adatok körére a magyar gyakorlatban bevált – az amerikai minimális kórházi adatkészletnél tehát részletesebb – módszert alkalmaztunk.

A magyar költség szerkezet - a rendszerváltást követő időszakban – ugyancsak jelentősen eltért az összehasonlításba vonható más nyugat-európai, amerikai országok költség szerkezetétől, és még mindig beszélhetünk kisebb eltérésről, az arányok mellett inkább a költség szint tekintetében. A korai időszakban a munkaerő költségek viszonylag alacsonyak, míg az egyéb egészségügyi kiadások (pl. gyógyszerek, orvostechnikai eszközök) viszonylag magasak voltak. Ezért nem lehetett egy az egyben a relatív súlyszámokat átvenni az amerikai rendszerből.

Az vélemény is megfogalmazódott, hogy egy hazai változat eredményesebben biztosíthatja a magyar egészségpolitikai célok támogatását, beleértve az új egészségügyi technológiák beléptetésére vonatkozó politikát az ellátásba. Például Magyarországon az a gyakorlat valósult meg, hogy külön csoportokat képeznek újonnan támogatásba vont, azonban esetenként magasabb költségű, költséghatékony egészségügyi technológiák terjesztése érdekében, a megfelelő költségfedezet, a technológiaváltásban való érdekelttség fenntartása érdekében. Ezt a megoldást választottak a laparoszkópos beavatkozások gyors elterjedése érdekében is.

A megfelelő csoportosítási rendszer alkalmazása nem zárta ki annak lehetőségét sem, hogy a nemzetközi összehasonlításokban magyar adatokat használjanak, mivel a minimális kórházi adathalmazhoz használt kódolási rendszerek kompatibilisek a nemzetközileg használt kódrendszerekkel, igaz ehhez megfelelő átfogó adat- és kódtáblákat (mapping táblákat) kellett alkalmazni.

A fent felsorolt érvek fényében a helyi fejlesztésű rendszer szükségességét az utóbbi időben nem kérdő jelezték meg, már csak azért sem, mert így a rendszer továbbra is önállóságot adott más országok, más ország közösségek egészségpolitikai prioritásától.

Ettől függetlenül máig nagy az igény az adatok nemzetközi összehasonlítására. Már 1993-ban, a TEMPUS program keretében a franciaországi St-Etienne Egyetemmél együttműködve, 1997-1998-ban pedig amerikai állami támogatással létrehozott együttműködés kertében készült értékelés, összehasonlító tanulmány az amerikai csoportosítási rendszerrel, mintegy validálási lehetőségként. Ezek eredményeit is felhasználták a magyar rendszer tovább fejlesztésében. Ezek az összehasonlítások a hazai elemi szintű esetadatokat kontroll besorolásával történtek.

A mai napig nyitott azonban a lehetőség arra, hogy más országok CM rendszerével összehasonlítás történhessen, legalább a HBCs lista, relatív súlyszám tekintetében. Az alapadatok köre hasonló, ezért korábban elkészítettek egy konverziós táblát a magyar beavatkozás kódok és az amerikai ICD- 9-CM verzió között, amely komplex kódrendszerként tartalmazta a kórházi beavatkozások kódrendszerét is.

Azóta is történtek lépések egy olyan DRGs rendszer kialakítására is, amely egyfajta viszonyítási bázis lehetne. Ilyen megoldási szándékkal működött az EURODRG project a 2009 - 2011-es években.

Először az egészségügyben is alkalmazható osztályozási rendszerek jellemzőivel célszerű megismerkedni.

A most következő rész arra törekszik, hogy bemutassa a HBCs besorolás mintáját. A bemutatás nem csak a hazai rendszer vázának a megértését, áttekintését kívánja bemutatni, hanem példát szeretne mutatni arra, hogy hogyan lehet az egészségügyi ellátásban alkalmazható más osztályozási rendszerek fejlesztéséhez hozzákezdeni.

A sokféle tulajdonsággal, minőséggel, jelentős esetszámmal rendelkező komplex rendszerek vizsgálatát gyakran osztályozás segítségével valósítják meg. Minden egyed eltérhet valamiben a többitől. A sokféleség, az összehasonlíthatóság nehézsége ellenére mégis szükség lehet egy olyan mércére, amely alapján a teljes vizsgált sokaság értékelhetővé válhat úgy, hogy:

- alosztályokat, osztályokat képeznek a vizsgálati cél szempontjából kitüntetett jellemzők segítségével,
- az alosztályokra, osztályokra olyan átlagokat, elvárásokat, minősítő értékeket határoznak meg, amelyekkel az alosztályba tartozó egyedi esetek összességére normatív követelmény, amelyeket-alosztályt jellemző paraméter értékeknek tekinthetünk
- az így létrehozott rendszert alkalmazhatjuk a sokaság értékelésére, de alkalmazhatjuk úgy is, hogy valamely szempontból, így pl. finanszírozás tekintetében legyen ez a paraméter a mértékadó érték a térítési díj meghatározásához; egy másik példa lehet, amikor meghatározunk az elkerülhető szövődmények nagyságára egy – egy megbetegedés esetén olyan küszöbértéket, amelynél magasabb érték nem elfogadható, azaz vizsgálatot, külön intézkedést igényelhet.

Az osztályozási rendszer fejlesztésénél számos követelménynek meg kell felelni ahhoz, hogy koherens, megvalósítható rendszert alkossunk. Ezek közül itt vannak a legfontosabbak:

10.3. táblázat A DRG-HBCs rendszerrel szembeni kritériumok és azok célja

Kritérium	Cél
Megbízhatóság	Ismételt alkalmazás azonos eredménnyel járjon..
Érvényesség	Csak a mérési szempontból fontos jellemzőket tükrözze.
Költséghatékonyság	Költségigényesebb mérési eljárás legalább a mérés kimenetelének egy paraméterében hozzon előnyöket.

Rugalmasság	Több célra is alkalmazható legyen.

Forrás: Saját kidolgozás

Joggal feltételezhető, hogy az elkövetkező években is igény lesz újabb és újabb komplex osztályozási rendszerek fejlesztésére. Ezek közül csak néhányat említve, számba vehetjük a minőségbiztosítási, az ellátás biztonsági célokat, az eredmény-értékelési módszereket, a szükséglet-értékelési módszereket, az ellátás – szervezést támogató megoldásokat, a finanszírozásban kiemelten a kötegelte finanszírozás osztályozási igényét. Ezeknek az osztályozási, mintázat felismerési rendszereknek a fejlesztése során eljutunk a MI technológiák bevonásának lehetőségéhez.

A kórházi ellátást vizsgálva, megállapíthatjuk, hogy lényegben hasonló elemzési problémával találkozunk. Magyarország viszonylatában éves szinten 2000-es évek végig több mint 2 millió aktív kórházi esetet (2,1-2,3 millió eset), 2007-et és 2012-öt követően 1,7-1,8 millió esetet, COVID-19 alatt még ennél is kevesebb esetet számoltak el az OEP majd a NEAK felé. Ugyanakkor szinte mindegyik esetben található valami egyedi, ami miatt eltér az összes többitől az életkor, a megbetegedés státusza, a kísérő betegségek státusza, a diagnosztikai vizsgálatok értéke szerint. Figyelemmel lehetünk arra is, hogy a betegségek és a beavatkozások kódolási rendszere is egyfajta osztályozási rendszer, mindkettő több ezer tételt tartalmaz.

Az összehasonlítás, a teljesítmény értékelés szempontjából mégis célszerű olyan összevont ellátási típusokat, kategóriákat képezni, mint amit a HBCs rendszer képvisel, amely ezt a sokféleséget mindössze közel 800 féle csoportba egyesíti.

A magyar rendszer kialakítása az első időszakban az alábbi szakaszokra tagozódott

- Orvos-szakértők létrehoztak egy szakmai szempontból homogénnek véleményezett lehetséges listát, amelyet szakmai alapon definiáltak betegség és beavatkozás kódokkal, felhasználva a Kórházi bázis adatok statisztikai elemzését.
- Az így kialakított besorolási szabályok szerint egy kórházi ellátási eseteket tartalmazó állományban lévő eseteket informatikai megoldással besorolták ebbe az előzetes HBCs lista tervbe.
- A besorolás eredményét statisztikai módszerekkel elemezték, koncentrálna a homogenitási jellemzőkre, a szóródási mutatókra, a variancia mutatókra. Ez a vizsgálat sorozat először ápolási idő alapján készült el.

- A következő fontos lépés volt az ún. ráfordítás mérés adatainak feldolgozása. Az elemi szinten ellátási esetre naturáliákban felmért adatok alapján költségkalkulációk, lényegében szabályos betegszámlák készültek az egyedi esetekre, majd pedig a besorolás eredményeként az egyes csoportokba tartozó esetek költségének átlagolásával, az egyes csoportokra is.
- A homogénitásvizsgálatok költségszámítások alapján is készültek. A statisztikai értékelés lehetőséget adott a besorolások további finomítására, amelyet újabb és újabb értékelés követett, míg végül kialakult a javaslat a szakmai és költségigényességi vizsgálatok alapján. A HBCs csoportokra meghatározták a legfontosabb finanszírozási díjparamétereket.

A későbbi években ez a munka folytatódott, a már meglévő alapokon, a költségszámítások eredményére is tekintettel tovább javították a besorolási rendszert. Az utóbbi időben a speciális, drága ellátásoknál tovább finomodott ez az eljárás azzal is, hogy nagyobb szerepet kaptak a protokoll alapú adatkontrollok, ellenőrzések vagy kalkulációk. Az erről szóló számos részletet a díjkalkulációs rész fejt ki.

Lényeges szempont azonban a DRGs típusú rendszereknél, hogy az egyes csoportokra vonatkozó finanszírozási díjparamétereket nem egyedileg, ellátási esetenként kell teljesíteni a kórházaknak a „jó” működéshez, hanem átlagosan, egy adott időszakra kell azokat elérni.

Minden osztályozási rendszer létrehozása ott kezdődik, hogy:

- a) meg kell határozni azt a célt, amelynek érdekében az osztályozást meg szeretnénk valósítani: ilyen cél lehet az aktív fekvőbeteg ellátás esetén a finanszírozás igazságos, arányos értékének meghatározása;
- b) ki kell választani az osztályozásra kijelölt területre - adott esetben az aktív kórházi ellátásokra – az ellátási esetek azon releváns, minden esetre mérhető jellemzőit, amelyek objektív módon meghatározhatók, és amelyek kapcsolatba hozhatók az ellátás várható költségigényével: ilyen jellemző lehet az aktív kórházi ellátás esetén az ellátást indokló fődiagnózis, fő beavatkozás;
- c) meg kell határozni ebben a szakaszban azt is, hogy mi képez egy unitot, egy besorolandó esetet, azaz egy finanszírozási esetet, amelyre majd az osztályozást el szeretnénk végezni;

- d) a kórházi besorolandó eset meghatározásánál az összevonási szabály, az ablak vagy nemzetközi szóhasználatban „window” lehet egy osztályos eset, vagy egy kórházi eset, vagy még inkább a megadott szakmai határokon belül elvégzett egy, vagy több kórházi eset saját kórházban, vagy összevonva országosan, bármelyik másik kórházban, együttesen értékelve;
- e) definiálni kell az egyes osztályokat a besorolási tényezők listájának összeállításával és a besorolási logikai kifejezéssel;
- f) meg kell határozni a besorolási szabályokat, azaz az osztályozásnál figyelembe veendő feltételeket, a vizsgálati menetét, a prioritást.

Az egészségügyben eddig kifejlesztett osztályozási rendszere legtöbbször a következőkre vonatkoznak:

- finanszírozás,
- betegút-management,
- eredményesség, minőség mérése,
- ellátási kompetencia kijelölése,
- elkerülhető események vizsgálata,
- ellátás biztonság értékelése.

Az osztályozási rendszerek időablaka tehát azt mondja meg, hogy milyen ellátási eseményeket vonunk össze egy finanszírozási unitban, egy finanszírozási egységként, vagy általánosítva egy osztályozandó egységként.

Az időablak kiterjedhet

- egy ellátási eseményre,
- egy megbetegedés összes ellátására egy szolgáltatónál,
- egy megbetegedés összes ellátására egy ellátási szinten belül,
- egy megbetegedés összes ellátására, függetlenül attól, hogy milyen ellátási szinten végezték el,
- az időablak kiterjedhet az egyedi ellátási út összes esetére, minden olyan ellátási szintre és formára, amely kapcsolatban volt az adott egyedi megbetegedés ellátásával,

- a megbetegedés ellátásán belül időtartam szerint meghatározott időablak is lehetséges, mint pl. minden ellátás egy héten belül, kedvezőbb azonban, ha az ablak a megbetegedés szakmai jellegéhez kapcsolható.

Az összevonási ablak technika alkalmazásával juthatunk el az egy kórházi esetet osztályozó rendszertől a köteget finanszírozás alapját képező osztályozásig.

Egy beteg kórházi ellátási eseményei összetartozásának megállapítására vonatkozó feltételeket a magyar rendszerben egy kórházi eseten belüli több osztályos esetből álló ellátás vonatkozásában összevonási szabálynak, két vagy több kórházi esetre kiterjedő összevonásnál garanciális szabálynak hívjuk.

Ez a technológia tette tehát lehetővé a jelenlegi rendszerben a garancia szabály alkalmazását is. A garancia szabálynak finanszírozó szinten van egy jelentős minőségbiztosítási célja. A szabály a befejezett ellátás megvalósítását támogatja, azaz arra hoz létre erős ösztönzést, hogy a beteg megfelelő ellátást kapjon, ismételt felvételre ne kerüljön sor.

Az első időkben divatos volt a nemzetközi szakvéleményekben is azt hangoztatni, hogy a DRGs rendszer „quicker and sicker” üzemmódot gerjeszt, azaz a betegek gyorsabban és betegebben kerülhetnek ki a kórházból. Igen, van ilyen, lehet ilyen, de ezt nem az osztályozás okozza, hanem az, hogy alkalmazás szabályai között nem jelennek meg a megfelelő védelmi elemek, a minőségi elvárások, a kontrollt biztosító mérések.

A „quicker and sicker” hatás más finanszírozás mellett, pl. inputrendszerben is megjelenhet. A garanciális szabály ezt a védelmi célt szolgálja azzal, hogy az összevonás miatt a kórház nem juthat egy új eset ellátásának térítéséhez az ellátásba gyorsan, megadott határnapon belül visszatérő kórházi esetre, a két vagy több kórházi eset ezen a kijelölt felső határnapon belül csak egy finanszírozási eset számolható el.

10.4. A HBCs osztályozás alapelemei

A HBCs alapelemei azok a definiálási egységek és algoritmizálási műveletek, amelyek az osztályos megvalósításához szükségesek feltételeket és eljárásokat határozzák meg.

Ezek között kiemelt szerepkörrel a következők vehetők számba:

- besorolási tényező,
- besorolási tábla,
- besorolási kifejezés,

- besorolási algoritmus.

10.4.1. Besorolási tényezők

A HBCs besorolási tényezők az ellátási eset azon kulcsszerepet betöltő jellemzői, amelyet a HBCs osztályozás megvalósításához kiemeltek osztályozási szempontként a vizsgálati céllal összefüggő kapcsolatának erőssége alapján, amelyekre építve a besorolási feltételeket meg lehet, meg kell határozni.

A homogén betegségcsoportok besorolási tényezői olyan objektív jellemzők:

- amelyek közvetlenül ráutalnak az ellátás indokára, a beteg állapotának súlyosságára, az ellátás eredményességére,
- amelyek a legnagyobb mértékben befolyásolják az adott ellátástípushoz szükséges erőforrások nagyságát, értékét.

A jelenlegi rendszerben alkalmazott fő besorolási tényezők:

- ellátást indokló fődiagnózis,
- ellátást indokló fődiagnózis miatt végzett fő beavatkozás,
- társult betegségek, súlyos társult betegségek,
- életkor,
- újszülöttek esetén testsúly.

A fentiekén túl néhány csoportnál besorolási tényezőként szerepe lehet annak is, hogy:

- a beteg miként érkezett vagy hova távozott az ellátásból, azaz mi a további kezelési igény,
- egyes speciális állapotokban a betegség vagy beavatkozás kombinációk definiálnak egy - egy csoportot, mint pld. a többszörös trauma miatti ellátások esetén,
- a szakmai protokollok alapján kiemelten fontos beavatkozás kombinációk igazoló eljárásként szintén osztályozási feltételek legyenek.

A BNO kódrendszer nem minden eleme lehet ugynevezett besorolási szempontnak számító betegség az aktív kórházi ellátásban. Azok a megbetegedések, amelyek jellegük alapján soha nem képezhetik aktív kórházi ellátás indokát, nem lehetnek besorolási szempontok, vagy csak néhány kivételes esetben műtéttel együtt szerepelhetnek az ellátás indokaként.

A kórházban elvégezhető beavatkozások közül sem mindegyik számít besorolási szempontnak. Döntően, jellemzően, a kizárólag kórházi körülmények között, vagy egynapos sebészeti egységekben végzett műtétek, minimál invazív beavatkozások szerepelnek a lehetséges besorolási szempontok között. Emellett még néhány diagnosztikai eljárás, gyógyszeres kezelés is figyelembe vételre kerülhet, amennyiben azok a szakmai protokollnak, irányelvnek megfelelően kiemelt, a minőség igazolását szolgáló beavatkozások jelentős költséggel.

A társult betegség minősítést csak meghatározott betegségekre lehet kiadni, figyelemmel arra, hogy a betegség nem lehet rokon betegség az ellátást indokló fődiagnózissal, az ellátás során kezelni kellett. Az ellátás során végzett beavatkozások szövődményeként kialakult betegség nem lehet társult betegség. Tekintettel arra, hogy a társult betegség kezelésének tényét még nem lehetett a biztosítói informatikai folyamatba építve egyszerűen ellenőrizni, a magyar rendszerben idővel csökkent a besorolásban betöltött szerepe és helyette az életkor szerepe növekedett meg.

10.4.2. Besorolási tábla

A HBCS besorolási tábla az egyes HBCs csoportokat meghatározó besorolási tényezők csoportjait, listáját leíró állomány, amely az egyes besorolási tényező csoportokat azonosítóval megkülönböztetve definiálja, és amely ezen belül a listához tartozó egyes besorolási tényező elemeket szintén, a megfelelő kódrendszerrel azonosítva szerepelteti. Így pl. egy adott HBCs csoporthoz tartozó betegségek listáján a betegségek a BNO kód megjelölésével szerepelnek, a beavatkozások pedig OENO kóddal (Orvos Eljárások Nemzetközi Osztályozása).

Egy – egy besorolási tábla jellemzően sok elemet tartalmaz, mivel pl. egy olyan besorolási táblában, amely egy HBCs csoportot meghatározó ellátást indokló diagnózisra vonatkozik, több BNO kódot is felsorolhatnak a HBCs-hez tartozó lehetséges betegség elemként.

Besorolási kifejezés

A HBCs besorolási kifejezés egy HBCs definiálása a HBCs csoporthoz rendelt besorolási tábla, vagy besorolási táblák azonosításával, és a kapcsolatuk leírását tartalmazó logikai kifejezéssel. A besorolási kifejezésben a besorolási táblák, azaz a besorolási tényező elemek csoportjai, azonosítójukkal hivatkozva szerepelhetnek.

A besorolási kifejezések fő típusai:

- a besorolás csak a fődiagnózis alapján történik,

- a besorolás a fődiagnózis miatt végzett fő műtétek egy adott listája és a főcsoporthoz tartozó összes betegség alapján történik,
- a besorolás a fődiagnózis miatt végzett fő műtétek egy adott listája és a betegségek egy adott listája alapján történik,
- a besorolás a fődiagnózis még legalább egy vagy több egyéb az ellátást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás alapján történik,
- a besorolás a fődiagnózis és kettő vagy több beavatkozás listán szereplő beavatkozások kombinációjának teljesítése szerint történik, amelyből legalább egy lista az ellátást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozás,
- a besorolás a fődiagnózis még legalább egy vagy több egyéb betegség és kettő vagy több beavatkozás listán szereplő beavatkozások kombinációjának teljesítése szerint történik, amelyből legalább egy lista az ellátást indokló fődiagnózis miatt végzett beavatkozásokat tartalmaz.

A kiemelt fő típusok mellett még további besorolási lehetőségek is vannak:

- testsúly alapján minősített alosztályok az újszülöttek esetén,
- a társult betegséggel, vagy életkorral minősített esetek,
- *súlyos társult betegséggel minősített esetek.*

A fenti megoldás a jelenlegi rendszert jellemzi, azonban az informatikai lehetőségek fejlődése több más, az erőforrásigényt, a minőséget, és az eredményességet jellemző tényező bevonását is eredményezheti.

10.4.3. Besorolási algoritmus

A HBCs besorolási algoritmus az a logikai eljárás-sorozat, amelynek során megtörténik a besorolási kifejezésekben és a besorolási táblákban meghatározott feltételek fennállásának vizsgálata, kiértékelése azzal a céllal, hogy az egyes kórházi esetek bekerülhessenek abba a HBCs-be, amelynek maradéktalan megfelelnek miközben nem található a HBCs többi besorolási kifejezése alapján olyan másik HBCs, amelyre ugyanezen igazság fennállna.

A besorolási algoritmusok manuálisan is elvégezhetők, azonban ezeket rendszerszerűen informatikai eljárásban végzik el.

A magyar rendszerben ez az eljárás a besorolási táblák és besorolási kifejezések figyelembe vételével kötött (jelenleg jogszabályban is kihirdetett) vizsgálati sorrendben „igaz – nem igaz”

feltétel teljesítés megállapítására végzett eljárás, amelynek végeredménye kizárólagosan egy, a feltételeket minden tekintetben teljesítő HBCs csoport kiválasztása lehet.

10.4.4. A besorolás fő lépései

Az első fő döntési ponton a besoroló megvizsgálja, hogy fennállnak-e az Első Főcsoportba való tartozáshoz szükséges feltételek. A jelenlegi mintafelismerő algoritmus elsőként azt vizsgálja, hogy az eset az Első Főcsoportba tartozó valamelyik osztály feltételeinek megfelelő-e, és

- amennyiben megfelel, az eljárás nem lép tovább az ellátást indokló fődiagnózisnak megfelelő főcsoport keresés lépésébe,
- amennyiben viszont nem felel meg, az eljárás tovább lép az ellátást indokló fődiagnózisnak megfelelői főcsoportba a további osztályozási lépésre;

A HBCs főcsoportokba történő csoportosítás nagy jelentőséggel bír, mivel az érintett szervszerhez kapcsolódóan már korlátozott azoknak a szóba jöhető műtéteknek, beavatkozásoknak a listája, amelyek az adott betegségcsoporttal, kóros állapottal besorolási tényezőként figyelembe vehető. Amennyiben a kódolás esetleg hibásan végezték el, nem megfelelően kódolták a fődiagnózist, előfordulhat, hogy az egyébként besorolási tényezőként nyilvántartott beavatkozással egy nem műtétes HBCS csoportba kerül besorolásra az eset.

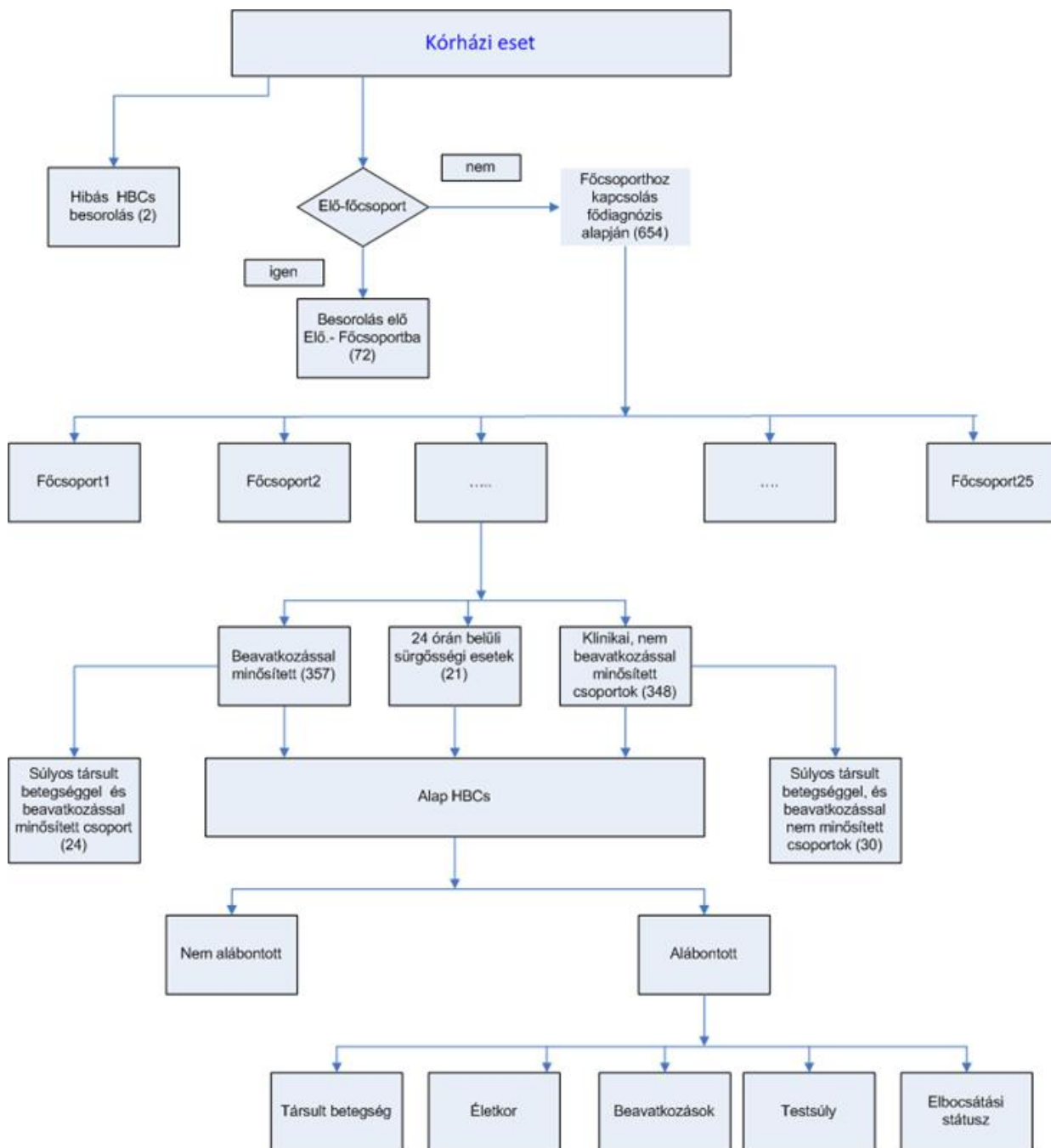
A második fő döntési ponton - már a főcsoporton belül - a vizsgálat annak megállapítására irányul kötött sorrend szerint, hogy

- rövid, 24 órán belül befejeződött sürgősségi ellátás történt („S” ág), vagy
- az ellátást a besorolási szempontnak számító beavatkozással („P” ág) vagy a nélkül („M” ág) végezték el.

A harmadik típusú fő döntési ponton három ágra bontva lép szintet a besorolás. A besoroló algoritmus minden egyes ágon kötött sorrendben vizsgálja, a súlyszám csökkenő sorrendjében, az alosztályon belül az egyes HBCs csoportok feltételeinek való megfelelést a besorolási kifejezés alapján. Az algoritmus a keresést a súlyszám sorrendjében mindaddig folytatja, amíg az adott besorolandó kórházi eset adatai között kódolt, besorolási tényezőnek számító adatoknak megfelelő HBCs csoportot megtalálja. Az eljárás során még az adott ellátási ágon belüli részletes vizsgálat előtt általában megtörténik a súlyos társult betegség fennállásának ellenőrzése, a súlyszám szerinti csökkenő sorrend szabálya tekintettel, és a

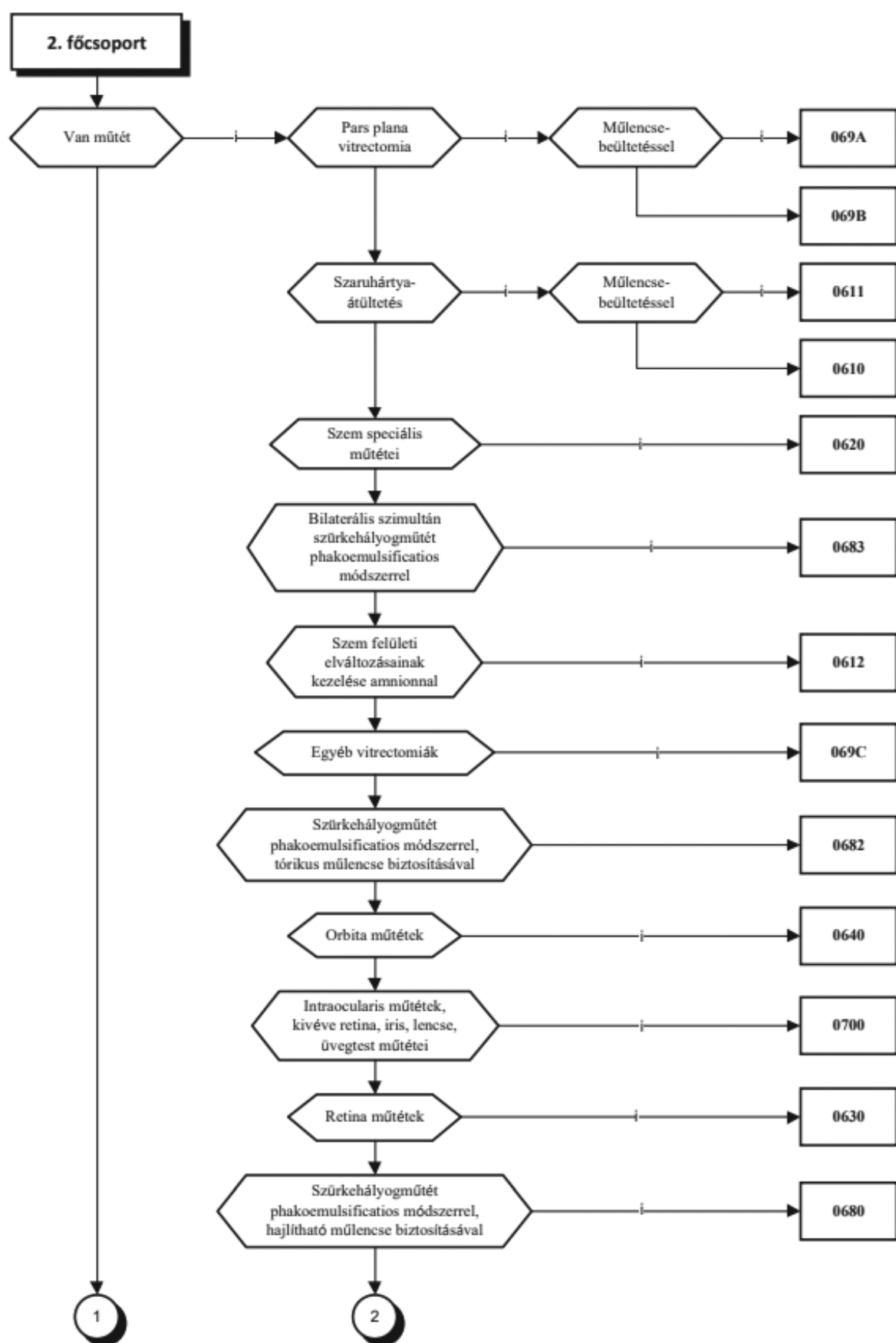
fennállásának igazolása esetén az eset ebbe az extra, magas súlyszámmal rendelkező csoportba kerülhet osztályozásra.

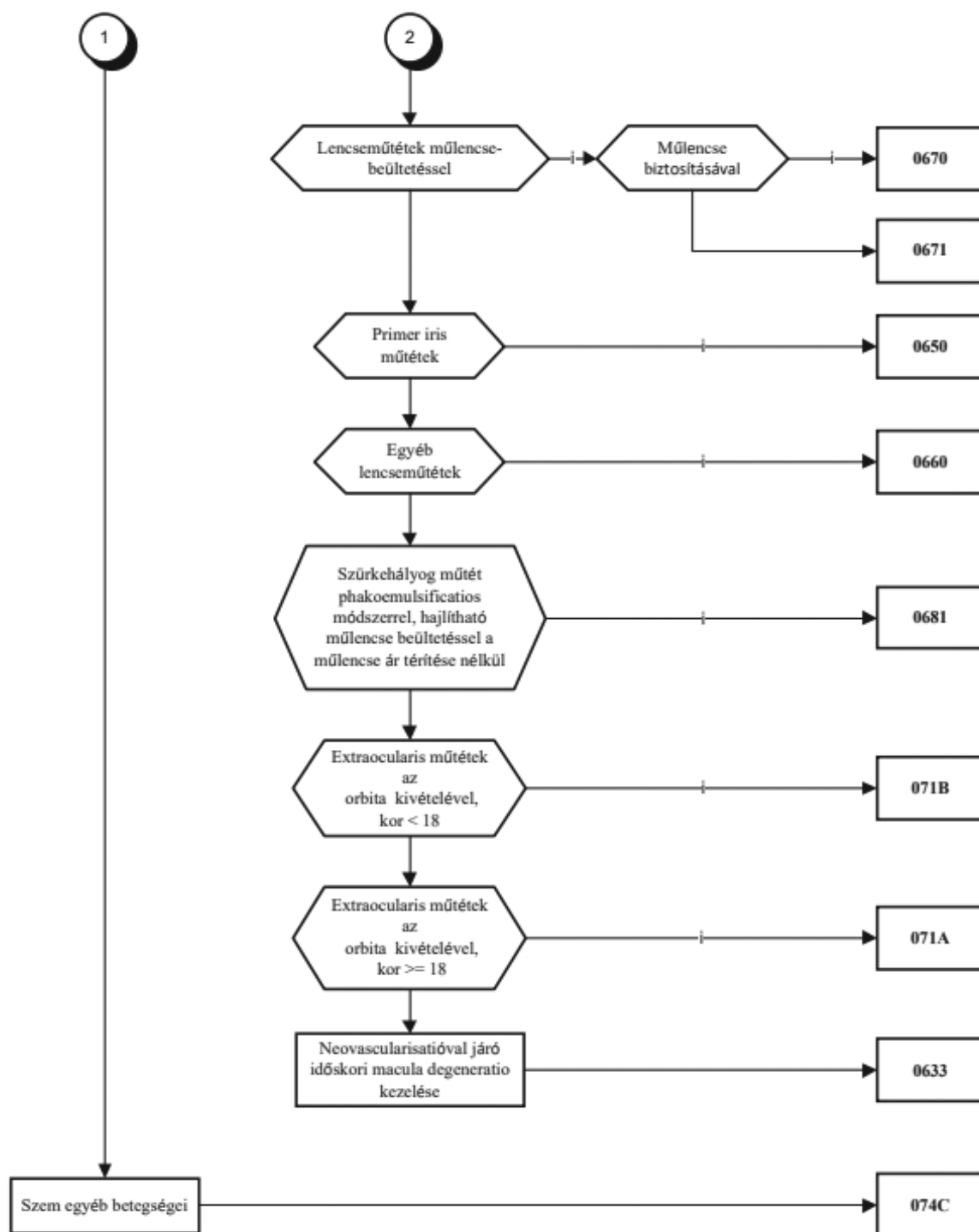
10.5. ábra A HBCs rendszer struktúrája



Forrás: Szabálykönyv (besorolási kézikönyv), 1995.

10.6. ábra Példa: a 2. Főcsoport: Szemészeti betegségek besorolási algoritmus





Forrás: 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet.

A besorolási folyamat még számos speciális algoritmus ágat tartalmaz, amelyet a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegségcsoportok kódolási és besorolási szabályairól szóló 10/2012. (II. 28.)

NEFMI rendelet részletesen tartalmaz valamennyi besorolási szabályával, a besorolási táblákkal, besorolási kifejezésekkel együtt.

A homogén csoportok kialakítási folyamatának néhány további szempontja:

- Nem célszerű a szolgáltatás egységek (csoportok) számát jelentősen megemelni, pld. 1000 fölé emelni. Túl sok csoport alkalmazása ronthatja a rendszer áttekinthetőségét.
- A sokféleség mellett a koncentrálttság is jellemző a kórházi ellátásra.

Az első 20 leggyakoribb HBCS csoport kiteszi a teljes kórházi ellátás 30 % - át, az első 50 a közel 50 %-át, az első 200 pedig a 85 %-át. Ennek figyelembevétele is célszerű a csoportok kialakításkor. Ugyanakkor ennek ellenére már itt ki kell emelni, hogy nem elég 50 – 60 csoport az arányos, igazságos finanszírozáshoz, mivel egy egységes rendszerben kell valamennyi progresszivitási szintre és specialításra is érvényes osztályozást megvalósítani. Jó példa lehet erre az AMI ellátásának esete, amelynek fő ellátó központjai a hemodinamikai központtal is rendelkező kórházak. Nem zárható azonban ki, hogy a beteg bekerülhet más, hemodinamikai központtal nem rendelkező kórházba is, amely esettípusokra szintén kell egy megkülönböztetett csoport, arányos költségfedezetet biztosító díjjal, ami alacsonyabb lesz, mint a PTCA beavatkozással, stenteléssel végzett ellátás.

A csoportok számát növeli az életkor és a társult betegség miatt szükséges megkülönböztetés is:

- A nagy esetszámban előforduló, egynemű eseteket, ellátás típusokat célszerű a BNO négy-5 jegyű kódjának szintjén önálló csoportként megnevezni.
- Azokat az ellátás típusokat, amelyek átlagos költségigénnyel rendelkeznek, de országosan ritkán, azonban a különböző kórházakban közel egyforma valószínűséggel jelennek meg, nem célszerű feltétlenül önálló csoportba tenni, hanem főcsoportonként megkülönböztetve és összevonva „egyéb” osztályba kell besorolni.

Ebből is látható, hogy a HBCs csoportok kialakításánál szerepe van annak is, hogy mennyire azonos a várható esélye a csoporton belül kicsit eltérő részcsoporthoz megjelenésének az egyes érintett kórházakban, vagy mennyire eltérő:

- Új HBCs csoportot akkor célszerű létrehozni, ha az esetek száma országosan jelentős, vagy az ellátás néhány intézetben, koncentráloik, az minél jobb hozzáférést ösztönözni szükséges.

- Újszülött, szülés elszámolása – több osztályos ellátás esetén is csak újszülött vagy szülés csoportba történhet.
- Új csoport képzésének előfeltétele már meglévő csoport, vagy csoportok felosztásával, vagy újra definiálásával az, hogy a módosítással a csoportok „belső” homogenitása a kiválasztott jellemző (pl. a finanszírozási alkalmazás esetén a várható jogos költségigény) függvényébe növekedjen a korábbihoz képest. Egy újabb HBCs verzió jósága a homogenitás szempontja alapján éppen ezért mérhető azzal a variancia csökkenéssel, amivel a csoportosítás megvalósítása jár a teljes sokaságra nézve, a csoportosítás nélküli állapothoz képest. A variancia csökkenése a homogenitás növekedését mutatja.

Ez a betekintés a HBCs osztályozás világába mindössze mintát, vázat adhatott a HBCs rendszer teljes megismeréséhez, amely részleteiben a már említett jogszabályból ismerhető meg.

10.5. A HBCs rendszer, mint finanszírozási eszköz

A DRGs rendszert a világban, ahogy ezt a fenti 2. ábra és 1. táblázat is jól mutatja, számos országban alkalmazzák finanszírozási célra.

10.5.1. A finanszírozási díjparaméter, szakmai és finanszírozási jellemzői

A finanszírozási célú alkalmazás eredményessége nagyban függ attól, hogy milyen módon alkalmazzuk a rendszert:

- input vagy output megoldás, vagy vegyes megoldás input és output egymás mellett történő működtetése,
- minden költségelemre kiterjedő finanszírozás vagy csak meghatározott költségelemekre biztosít fedezetet,
- országosan egységes vagy eltérő finanszírozási paraméterek,
- országosan egységes alapidj, vagy regionálisan eltérő díjazás,
- teljesítménykorlátozás rendszere,
- a garanciális szabály kiterjedése, s finanszírozási eset meghatározásában alkalmazott összevonási szabály kiterjedése.

Itt is véleményként kiemelten hangsúlyozható, hogy a HBCs finanszírozási célú alkalmazása esetén az eredeti költséghatékonysági célnak megfelelő hatást a rendszertől csak akkor várhatunk, ha:

- a HBCs finanszírozási díj a rendszeren, az országon belül egységes, azonos,

- nem input, nem vegyes rendszerben alkalmazzuk, hanem egységes outputfinanszírozási módszerként, utólagos, a tényleges teljesítményén alapuló, azzal egyértelmű kapcsolatban lévő finanszírozási technológiával;
- minden költségelemre kiterjedően egységesen alkalmazott finanszírozás, nincs benne olyan megoldás az alap finanszírozás tekintetében, amely más módon, módszerrel, mértékkel történne a különböző költségfedezeti elemek értékére.

A fenti kritikus vélemény helyességét számos hazai, nemzetközi tapasztalat visszaigazolja, amit az utóbbi években Magyarországon is újra meg tapasztalhattunk.

A legfontosabb összegző állítás a fentiekre nézve a következő:

- amennyiben az outputfinanszírozás mellett jelen van az inputfinanszírozás, egyértelmű, hogy egy hatást gyengítő kaput nyit meg az outputfinanszírozás követelményeivel szemben,
- az input finanszírozású rész meghatározása soha nem lehet eléggé arányos, egyértelmű, egységes, transzparens, számon kérhető módszer, teret ad a költségvetési alku jellegű megoldásoknak, ezáltal potenciális lehetőséget teremt a kórház számára bármilyen hiány fedezetének pótlására az alkumechanizmus keretében; erre nehéz lenne korridort tenni, és ha lenne, az nem is lehet más, mint maga a HBCS rendszer teljes működési kiterjesztésében, azaz értelmetlen az input rész szorgalmazása,
- a HBCs követelmények ereje lecsökken, ha a követelményektől való lemaradást, veszteségeket kipótolhatjuk az input jellegű költségvetési alkuval,
- a költségelemenként szétválasztottan eltérő – azaz egyik költségelem HBCs alap, a másik input meghatározású - megoldás ugyancsak idevezet; jellemzője lehet, hogy az input módon finanszírozott költségelem tekintetében a szoros gazdálkodás megszűnik, nincs tétje a költségkontrollnak, hiszem megszerezhető elég nagy többlet is a szükségeshez képest,
- a költségelemre meghatározott inputfinanszírozásban az is probléma, hogy növekvő, nem alátámasztott, azonban kimutatott költség felhasználással kell számolni, felmerülhet az is, hogy igazolatlan, teljesítmény nélküli kifizetések történtek a követelmények enyhítése által; és még további nem kívánatos követelmények is felsorolhatók.

A probléma az, hogy bármennyire kismértékben vesszük be az input részt, a folyamat elindul, egyre növekvő nagyságot ér el, kórházanként eltérő lesz, és súlyos, nem magyarázható finanszírozási különbségeket hoz létre az egységes finanszírozás helyett. Ez elvezethet

betegjogok sérüléséhez is, amennyiben a folyamatot onnan szemléljük, hogy eltérő pénzügyi helyzet eltérő ellátás minőséget eredményezhet a biztosítottak számára miközben a járulék fizetésikötelezettség azonos.

A HBCs alapú output finanszírozás díjparaméterei

Egy HBCs alapú finanszírozási rendszerben szükségünk van a besorolási rendszer mellett a HBCs csoportokra vonatkozó díjparaméterekre is.

A legfontosabb **finanszírozási díjparamétereket** minden HBCs csoportra külön – külön, differenciáltan képzik:

- HBCs költségigényességi súlysám,
- normatív átlagos ápolási idő,
- alsó határnap,
- felső határnap.

A HBCs szakmai és finanszírozási jellemzői

A HBCs rendszerben két féle nézőpont, a klinikusi és a gazdasági, integrációja valósul meg azáltal, hogy az osztályozás kialakításában a szakmai és a költségigényességi szempontokat egyaránt figyelembe veszik.

Orvos-szakmai nézőpontból egy - egy eset ellátása során a fókuszban van:

- a megbetegedés súlyossága (a megbetegedés következtében bekövetkezett funkcióvesztés szintje, a várható élet és életminőség veszteségek),
- a prognózis (a javulás, a gyógyulás valószínűsége),
- a gyógyítás nehézségi foka (munkaigényessége, terápia és diagnosztika igényessége, a különleges betegségek kezelésének műszerigénye, komplikált eljárások szükségessége),
- a beavatkozás szükségessége (kell-e műtéti vagy intenzív terápiás beavatkozás).

A gazdasági nézőpontból fókuszban van:

- az ellátáshoz szükséges megfelelő alap erőforrások biztosítása időben és térben,
- az ellátás költségének követése,
- kontrolling feladatok,
- pénzügyi tervezési folyamatok.

A HBCs rendszer támogatja a két szakterület közötti együttműködést, mintegy kommunikációs csatornaként, amelyet mindkét fél tud feladategységként értelmezni.

10.5.3. HBCs költségigényességi súlys szám

A HBCs költségigényességi súlys szám ideális esetben egy olyan arányszám, amely

- **egy adott HBCs várható erőforrásigényének arányát** mutatja,
- a díjparaméterek meghatározásának alapjául szolgáló kórházi ellátási minta országos **átlagos kórházi finanszírozási esetének** tekintett ellátási egységre számított **várható átlagos költségigényhez képest.**

Ez a súlys szám érték az egyik tényező a finanszírozási díj meghatározásához. Minden speciális elszámolási szabálytól eltekintve, alapállapotban, amennyiben egy HBCs súlys száma 2,000 értékű és az alapidj (a base-rate) 400 000 Ft/1,000 súlys szám, akkor a HBCs teljes finanszírozási díja egy finanszírozási esetre mintegy 800.000 Ft/eset lesz.

A súlys szám egyúttal azt is kifejezi, hogy az adott HBCs mennyi átlagos kórházi esettel egyenértékű a finanszírozás, a teljesítmény számbavétele szempontjából.

A példában szereplő HBCs egy esete két átlagos kórházi esettel egyenértékű teljesítmény.

HBCs alsó – felső határnap korridor

A HBCs alsó – felső határnap egy időtartam – korridor (vagy ablak, vagy window) az adott HBCs-be tartozó finanszírozási eset teljesértékű ellátásként történő minősítéséhez. A két határérték között lezajló ellátásokat tekintjük a HBCs rendszer szempontjából teljes értékű ellátásnak, míg az ezen kívüli időtartam végzett ellátások speciális minősítéssel rendelkeznek:

- **Rövid ellátási eset:** amennyiben az ellátás időtartama nem érte el az alsó határnapot, az ellátás nem tekinthető teljes/ vagy normál ellátási esetnek: egyes finanszírozási alkalmazásokban a rövid esetre nem számolják el a teljes díjat, hanem annak csak valamilyen szempont szerint meghatározott arányos részét. Így pl. a magyar rendszerben erre csak a tényleges rövid ellátási idő és az alsó határnap szerint számba vehető egy napra, a teljes súlys számból járó összeg szorzata szerinti finanszírozási díj jár.

A fenti példához kapcsolódva, ha a 2,00 súlys számú HBCs alsó határnapja 4 nap, akkor egy napra a $2,00/4$ számítás szerint 0,5 súlys szám járhat. Egy 2 napos rövid esetre az elszámolható súlys szám „ $2*0,5$ ”, azaz 1,00 súlys szám lehet. A rövid eset elszámolására más szabályt is lehetne alkalmazni, a magyar rendszerben ez most azért alakult így, mert jellemzően a kórházi ellátás első napjainak költsége a magasabb, és ez a számítás kedvezőbb, mintha az egy normatív napra jutó összeg szerint számolnánk.

- **Normál ellátási eset:** amennyiben az ellátás időtartama az alsó és a felső határnap között volt, az eset normál ellátási esetnek tekintendő. A normál esetre elszámolható a teljes díj, amelynek összege ezen a korridoron belül nem változik, azaz a két határnap között bármely ellátási időtartam esetén a finanszírozási díj nagysága ugyanaz marad. A HBCs alapú finanszírozásban ehhez a szabályhoz köthető az egyik leghatásosabb ösztönző erő, ugyanis az ellátási idő növekedése nem eredményez magasabb finanszírozást, az alacsonyabb ellátási idő esetén is ugyanaz marad a nagysága.
- **Hosszú ellátási eset (day-outlier):** amennyiben az ellátás időtartama meghaladja a felső határnapot, az eset hosszú ellátási esetnek tekintendő. Ebben az esetben speciális kiegészítő finanszírozási elszámolás alkalmazható, mint ahogy ez a magyar rendszerben is történik jelenleg. A hosszú esetekre a hosszú napok függvényében, a krónikus kórházi ápolási napi díjnál alacsonyabb összegű napi díj elszámolható a normál esetre járó finanszírozási díjon felül.

A felső határnap paraméternek lehet adni még egy olyan speciális feladatot is, amely kapcsolódik az egy finanszírozási eset meghatározásának algoritmusához, miszerint a felső határnap korridoron belül visszatérő, ismételten kórházi felvételre kerülő betegek ellátása meghatározott szakmai ellátási indokok kivételével - mint pl. visszatérés trauma miatt, vagy AMI, stroke miatt – összevonásra kerül a megelőző kórházi ellátási esettel. A garancia érvényesítésével az összevonás eredményeként több kórházi eset végül, mint már említésre került, az összetartozás miatt egy finanszírozási eset teljesítéseként vehető számításba.

HBCs normatív átlagos ápolási idő

A HBCs normatív átlagos ápolási idő az adott HBCs – betartozó esetek várható (átlagos) normatív ápolási időtartamát jelző paraméter, amelyet általában a csoportba tartozó minta esetek ápolási időtartamára figyelemmel képeznek, de amelynek a nagyságát szakmai szempontból is értékelik, mielőtt elfogadtatásra kerül, mint cél ellátási paraméter.

Ennek az értéknek nincs közvetlen szerepe a finanszírozás nagyságában. A finanszírozás értéke az alsó – felső határnap között bármely ellátási időtartam esetén ugyanaz, nem változik, ugyanaz akkor is, ha véletlenszerűen normatív átlagos ápolási idő szerinti ellátást végeztek.

Egyes esetekben kapcsolható hozzá korrekciós elszámolási szabály. Ilyen elszámolási szabály pl. a más kórházba áthelyezett esetek finanszírozásában alkalmazott azon módosítás, hogy egy besorolási szempontnak számító beavatkozás nélkül ellátott eset elszámolásakor, azaz „M” jelű csoportok esetén, amennyiben az ellátás időtartama nem érte el a normatív időt, csak egy

arányos finanszírozási rész számolható el. Itt említhető fel az a szabály is, amely azon betegek ellátásakor kell alkalmazni, akiket a kórházi benttartózkodás során elláttak aktív fekvőbeteg szakellátásba tartozó szervezeti egységben és krónikus fekvőbeteg szakellátásba tartozó szervezeti egységen is. Ekkor a krónikus ellátásra nem fizethető ki a dupla finanszírozás elkerülése érdekében, a kórházi felvétel időpontjától a normatív nap leteltéig számított időpontig terjedő ellátási szakaszra krónikus ellátási díj a finanszírozó részéről.

A magyar homogén betegségcsoportokon alapuló kórház finanszírozási rendszer egy olyan, legalább négy rétegből álló szabályozási struktúrának tekinthető, ahol a fő szabályozási rétegek funkciója az alábbiak szerint differenciálódik:

I. szint: Bázisszabályok és paraméterek a homogén betegségcsoportok típusától függően

Ebbe a csoportba tartoznak a homogén betegségcsoportok definiálásában kiemelt szerepet játszó szempontokra vonatkozó szabályok, az egyes csoportok finanszírozásának mértékét befolyásoló paraméterek. A besorolásban döntő szerepet játszik a kórházi ellátás fő oka. Alapelve az is, hogy emellett a konkrét tevékenység fontosságától és közvetlen költségigényétől függetlenül csak azok a beavatkozások lehetnek besorolást meghatározó tényezők, amelyek önmagukban is elkerülhetetlenül szükségessé teszik a folyamatos kórházi ellátást, más ellátási formában - így pl. járóbeteg szakellátásban - önállóan szolgáltatásként tipikusan nem is végezhetők el.

A szabályok a HBCS rendszerhez szorosan kötődő alapelveket jelenítik meg. Minden paraméter és hatás szorosan kapcsolódik az ellátott eset minősítéséhez, típusához. Az eset-orientáció mellett lényeges következmények erednek abból, hogy az erőforrás és szakmai szempontból eltérő ellátási típusok megkülönböztetésre kerülnek, az érték fizetendő térítési díjak mértéke eltérő. Ez a szabályozási szint alapvetően abban játszik szerepet, hogy mennyire igazságos a rendszer az esettípusok közötti megkülönböztetésben. A minősítés szempontja, hogy a paraméterek valóban az esettípus normatív költségigényességével arányos finanszírozást biztosítanak vagy sem. **Az itt megjelenő hibák, aránytalanságok tekinthetők közvetlen HBCs osztályozási problémának.**

Amennyiben problémát találunk a HBCs rendszerrel szemben, talán kijelenthető, hogy nem elsősorban elvi probléma, hanem orvosolható gyakorlati hiba.

A HBCs rendszer egy osztályozási rendszer, így nem is oldhat meg minden problémát, azaz a finanszírozáshoz szükséges többi szabályozási elemet jól kell megvalósítani ahhoz, hogy minden rendben legyen.

II. szint: Keretszabályok, amelyek a homogén betegcsoportok típusától függetlenül az esetre, valamint az árak meghatározásának módjára, az árak költségfedezeti tartalmára vonatkozó eljárásokat szabályozzák

Ezek a szabályok már nem a DRG alapelv elsődleges megjelenítői, hanem inkább a rendszer finanszírozási egységeit és alapdíjait az esettípustól függetlenül rendező olyan körülmények, amelyek azonban jelentős hatást gyakorolnak a DRG alapelvek megvalósulásának mértékére. Minden teljesítmény-orientált rendszerben szükséges tisztázni, hogy

- i. a megkülönböztetések milyen alapegységekre vonatkoznak (pl. kórházi eset, finanszírozási eset fogalma stb.),
- ii. az alkalmazott módszer a teljes finanszírozás mely elemeire adja meg a díjelszámolás módját (pl. csak a működési költségekre),
- iii. az egyes szolgáltatókkal szemben érvényesít vagy nem speciális szempontokat ugyanazon eset ellátása után (pl. a díjak eltérésének problémája ugyanazon HBCs-re a szolgáltató ellátási szintjétől függően).

III. szint A rendszer hatását modifikáló szabályok (pl. bevétel védelmi szabályok)

A szabályozások idetartozó egyik része a bevezetés, az adaptációs szakasz kiegészítő rendelkezései, amely főleg arra irányult, hogy a HBCs hatások fokozatos érvényesüljenek, (saját ár, védett jövedelem stb.) Másrészt ide tartozhatnak azok a szabályok is, amelyek a kórházi ellátás globális rendszerén belül ható eszközökkel segítik az egyensúlyi állapot fenntartását a kifizetések és a rendelkezésre álló keretek között. Ilyen eszköz például a havi korrekciós tényező, amely nagyon drasztikus módon garantálja, hogy a fix kórházi költségvetési keretet országos szinten a teljesítmények növelése mellett sem lépjük túl.

Ez az egyensúly természetesen sokféle módon fenntartható. Ezért megoldható úgy is, hogy az egyensúlyi helyzetet biztosító díj újraszámítási szabályai kerülnek meghatározásra.

Ebbe a szabályozási körbe tartozik az összesített teljesítmény-volumenre, tervezett éves keretre, vagy szolgáltatás típusokra meghatározott finanszírozási határok.

Ezen rendszerek is alkalmazhatók rugalmas vagy kevésbé rugalmas formában annak megfelelően, hogy miként kezeli a volumen vagy más teljesítmény határok felletti túllépések helyzetét, azaz egyáltalán jár-e a határon felüli teljesítményre díjazás, vagy csökkentett mértékben még finanszírozható a többlet teljesítmény.

Rugalmasabb lehetőséget biztosíthatnak a megoldásra - azaz a korlátok betartására - az ellátás szervezés, a kötegelte finanszírozás eszközei.

IV. szint Rendszerkörnyezeti szabályok

A környezeti faktorként megjelenő szabályok közül a kórházi finanszírozást befolyásoló tényezők azok a szabályok, amelyek közvetve vagy közvetlenül hatással vannak a kórházi ellátás igénybevételének mértékére, ellenőrzöttségére. Ezért ebbe a szintbe tartoznak a beutalási és igénybevételi előírások, a háziorvosi felelősség kiterjedése, a többi szolgáltató finanszírozási rendszere és az ebből eredő kereslet befolyásolási lehetőségek a kórházi ellátás iránt. Ez utóbbi lényegében részben a III. szinten említett kötegelte ellátás kialakításával is biztosíthatók.

A HBCs alapú output finanszírozási rendszerek szabályozási alapelemei

- a. Mi egy finanszírozási egység (egy osztályos eset, egy kórházi eset, egy időtartamon belüli összes kórházi eset)
- b. A finanszírozási egység milyen kategóriáit kell megkülönböztetni esettípus szerint (HBCs osztályozási rendszer tételei, besorolási szabályai)
- c. A díjak költségfedezeti tartalma
- d. A díjképzés szabályozása, az alapidíj
- e. A hibás adatszolgáltatás következményei
- f. A kórház igénybevételének szabályozása
- g. Az ellátás elfogadhatóságának feltételei
- h. A szolgáltatás korlátozásának általános feltételei
- i. A teljesítmény és a finanszírozás időbeni kapcsolatának kialakítása

10.6. Összegzés

A hazai Homogén BetegségCsoport alapú aktív kórházi finanszírozási rendszer éles – teljes országos bevezetését 1993-tól sok éves nemzetközi tanulmányozás, hazai pilot programok, mérések, elemzések előzték meg. A HBCs rendszer átfogó és több évtizedes alkalmazása nagyban hozzájárult a hazai kórházi informatikai rendszerek fejlődéséhez, a kórházi ellátás hatékonyságának javulásához, például az átlagos ápolási idő rövidülése révén (a 90-es évek eleji közel 9 napról a 2000-es évek közepi 5-6 napra). Megállapíthatjuk, hogy az egészségügyi szolgáltatók finanszírozási rendszerének korszerűsítését szolgáló első akciók még a nagy politikai változások előtt szerencsére elkezdődtek az újító szándékú klinikai, gazdasági,

informatikai szakemberek munkájának köszönhetően, majd pedig a munka a politikai váltást követően is folytatódhatott. A HBCs több évtizedes alkalmazását számos szakmapolitikai vita övezte, övezi a mai napig. Főleg a túlzott teljesítmény ösztönzése (felesleges – vattabetegek felvétele a kórházakba, túlkodolás) és a minőség felügyelet hiánya miatt. A költségvetési korlátok betartása érdekében már 2004-től bevezetésre került az intézmények éves súlyszám teljesítményét lehatároló ún TVK rendszer, mely több féle degresszív sávós rendszere valósult meg, jelenleg TÉK néven alkalmazza a NEAK. Ennek bevezetését éles szakmapolitikai vita kísérte, mely során sorra került az HBCs rendszer 10 éves alkalmazásának főbb problémái és ezek kezelésének lehetséges módjai (Szummer, 2004, Dózsa, 2004). Ezen túlmenően is számos költség, kiadás fékentartó szabályozási elem valósul meg (pld. a 3 napos garanciális szabály, minimum és maximum határnapok). Az alábbi táblázatban összefoglaltuk a legfontosabb elvárásokat, amelyeket már az induláskor az USA-ban és más országokban is megfogalmaztak a DRGs rendszer bevezetésekor, valamint a főbb előnyeit és hátrányait már inkább a hazai alkalmazásból (Fedder, 1991, Dózsa, 2011, 2023, Alberio, 2024).

10.4. táblázat A DRG rendszer előnyei, hátrányai, elvárások vele szemben

Elvárások	Előnyök	Hátrányok
Átlagos ápolási idő csökkentése.	Definiálja az egészségügyi szolgáltatótól, a kórháztól megvásárolható „terméket”, az ár, a „finanszírozás” mértékét.	Túlkodolás, kísérő és társult betegségek, tevékenységek esetében.
Az ellátás hatékonyságának és minőségének javítása. Az erőforrások hatékonyabb felhasználása.	Kifejezik azt az ellátási követelményt, hogy a kórház egy adott esemény komplex ellátásáért felel a kórházi ellátás teljes időtartamában.	Nem megfelelő vagy nem szükséges (inadequate / unnecessary) kórházi felvételek. Ez megfelelő volumen keretekkel kontroll alatt tartható.
Megfelelő ellátás-szervezés azáltal is, hogy azokat a kórházi eseteket, amelyek már nem igényelnek aktív ellátást, időben áthelyezik a krónikus ellátásba.	Az egyes csoportokra jól érvényesíthető elszámolhatósági kritériumok (milyen indikációban, milyen szolgáltatótól „vásárolható” meg az ellátás).	Hosszabb benntartás, ha túl magas a minimum nap, rosszak a kódok, és egynapos vagy ambuláns ellátás helyett is több napos ellátást jelentenek.
A kórházi esetek számának csökkentése a járóbeteg szakellátásba történő áthelyezéssel.	Megfelelő mértékében képes kifejezni a különbségeket a lehetséges ellátástípusok között.	Túl rövid ápolási idő, korai hazabocsájtás (under provision and early discharges) még a gyógyulást megelőzően.
Nem utolsó sorban, kiemelten a finanszírozás mértéke legyen normatív, teljesítményhez köthető.	Már önmagán erős ösztönző erő a hatékonyságra az ellátandó esetek kórházi felvételét követően. Az intézményi menedzsment és klinikum autonómiája nő a belső erőforrás allokációban.	Az új, költséges gyógyszeres, sebészeti terápiák és azok széleskörű választékára a DRG/HBCs nem tud gyors rugalmas választ adni. Kiegészítő

		finanszírozási technikákra és forrásokra van szükség.
	lehetőséget teremt egy ésszerű, a kórházi ellátás felelősségével összhangban lévő, rizikómegosztási módszer alkalmazására a kórház és az egészségbiztosító között.	

Forrás: saját kidolgozás Dózsa 2023 alapján

A rendszer a működése során hozta az elvárásokat, még akkor is, ha az elmúlt évtizedekből döntően a kórházfinanszírozási feszültségek jutnak eszünkbe. Azt a kérdést persze érdemes vizsgálni, hogy ezek a nehézségek végül is miből eredtek, azokból a modernizációs lépésekből, amelyeket megléptek az idők során, vagy esetleg inkább azokból, amelyeket még meg kellett volna lépni, fejleszteni, vagy az általános, mára a 2020-as évek közepére már enyhülő globális, a remélt forrás igényektől jóval elmaradó, egészségügyi költségvetési pozícióból.

10.7. Kontrollkérdések

- Mi a lényege az ún esetösszetétel – case-mix (CM) finanszírozási módszernek?
- Mi volt az eredete a hazai HBCs mérési és finanszírozási technikának?
- Sorolja fel a DRG-HBCs rendszerekkel szembeni szakpolitikai elvárásokat!
- Melyek a DRG-HBCs rendszerek legfontosabb előnyei és hátrányai? (Nevezzen meg legalább 4-4-et!)
- Mi a struktúrája, felépítése a hazai HBCs rendszernek?
- Melyek a hazai HBCs rendszer besorolási tényezői, szempontjai?
- Mi a finanszírozási díjparaméter és a költségigényességi súlyszám, mi a különbség, és mi ezek egymás közötti kapcsolata?

10.8. Kulcsfogalmak és rövidítések

<u>Fogalom / rövidítés</u>	<u>Definíció / magyarázat</u>
<u>OEP</u>	<u>Országos Egészségbiztosítási Pénztár 1993-2016</u>
<u>NEAK</u>	<u>Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, 2017-től</u>
<u>GYOGYINFOK</u>	<u>Gyógyító Megelőző Ellátás Információs Központja</u>
<u>HCFA – CMS</u>	<u>HealthCare Financing Administration, Center of Medicare and Medicaid - USA</u>

<u>Bundled Payment</u>	<u>Kötegelt finanszírozás, egy teljes ellátási eseménysor, epizód átfogó finanszírozási módszere, komplex ösztönző rendszerrel</u>
<u>CMI</u>	<u>Case-mix Index – Esetösszetétel index</u>
<u>Fee For Service</u>	<u>tételes, számla alapú finanszírozás (kórházi, ambuláns)</u>
<u>DRGs</u>	<u>Diagnosys-Related Groups – USA-ból származik, aktív kórházi esetek mérését, finanszírozását szolgálja</u>
<u>HBCS</u>	<u>Homogén betegségcsoport – aktív kórházi teljesítmény mérési és finanszírozási rendszer</u>
<u>ICPM</u>	<u>International Classification of Procedures in Medicine</u>
<u>ICHI</u>	<u>International Classification of Health Interventions</u>
<u>Incentives</u>	<u>Ösztönzők, az egészségügyi szolgáltatók teljesítményét befolyásoló szabályozási és finanszírozási környezet</u>
<u>PMGs</u>	<u>Patient's Management Groups rendszer</u>
<u>TVK, TÉK</u>	<u>Teljesítmény Volumen Korlát, Éves teljesítmény Keret, a hazai szakellátásban használt kiadásfékentartó finanszírozási mechanizmus, amit a biztosító (OEP, NEAK) határoz meg és érvényesít</u>
<u>PPS</u>	<u>Prospective Payment System – USA, előre meghatározott díjakkal és paraméterekkel történő kórházi finanszírozás</u>
<u>RPS</u>	<u>Retrospective Payment System – USA, utólagos a felmerült költségek alapján történő kórházi finanszírozás</u>

NEFMI rendelet szerinti definíciók 2. § E rendelet alkalmazásában:

- a) *BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) kód*: a betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása alapján alkalmazott, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója bevezetéséről szóló 42/1995. (XI. 14.) NM rendelet által alkalmazni rendelt kód;
- b) *OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása) kód*: az egészségügyi eljárások jelölésére használatos és az egészségügyi dokumentációban alkalmazandó, az egészségügyi eljárások azonosítására és csoportosítására használatos kód;
- c) *FNO (Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség Nemzetközi Osztályozása)*: a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozására használt kódrendszer;

- d) *finanszírozási eset*: az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.) és az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet (a továbbiakban: R.) alapján megállapított önálló - az összetartozó ellátási esetek komplex egységeként meghatározott - finanszírozási tétel;
- e) *homogén betegségcsoport (HBCs)*: az aktív fekvőbeteg szakellátási esetek osztályozási rendszere az orvos-szakmai és a ráfordítás-igényesség szerinti azonosság vagy hasonlóság alapján;
- f) *homogén betegségcsoportok besorolási tényezői*: az ellátás azon objektív tényezői, amelyek alapvetően meghatározzák az ellátás erőforrás igényét;
- g) *elsődleges besorolási tényező*: az ellátást indokoló fődiagnózis, valamint a beavatkozással végzett ellátások esetén - amennyiben az szerepel a 2. mellékletben - az ellátást igénylő fődiagnózis miatt végzett beavatkozás, továbbá ezen beavatkozás kombinációja más minősítéssel feltüntetett beavatkozással, vagy beavatkozásokkal;
- h) *másodlagos besorolási tényező*: olyan beavatkozások, amelyek meghatározott ápolást indokoló fődiagnózissal együtt való előfordulása egyértelműen jelzi a preferálandó magas szintű ellátás elvégzését, vagy egy speciális ellátási esemény megvalósítását;
- i) *homogén betegségcsoport elő-főcsoportjába tartozó finanszírozási esetek*: az olyan különösen magas költségű, vagy több főcsoportba tartozó megbetegedés esetén is alkalmazandó beavatkozásokkal jellemzett csoportok, amelyek a besorolás szempontjából elsődleges besorolási prioritással rendelkeznek a főcsoportok szerinti besorolással szemben;
- j) *elő-főcsoport*: főcsoport nélküli homogén betegségcsoportok;
- k) *homogén betegségcsoport főcsoportjaiba tartozó finanszírozási esetek*: olyan ellátások, amelyeknél a besorolást a finanszírozási eset ellátást indokoló fődiagnózisa alapján kell meghatározni, ha egyébként az ellátás nem felelt meg az elő-főcsoportba tartozó csoportok besorolási feltételeinek;
- l) *homogén betegségcsoportok megkülönböztetett jelzései főcsoporton belül*:
- la) *beavatkozással jelzett csoport*: a HBCs kódban a főcsoport jel melletti „P” jelzéssel minősített csoport, amely alapján a betegségek mellett meghatározott szabályok szerint, az elvégzett beavatkozásokat is figyelembe kell venni a besorolási feltételek között;
- lb) *beavatkozással nem jelzett csoport*: a HBCs kódban a főcsoport jel mellett „M” jelzéssel minősített csoport, amely alapján a betegségek mellett - az igazoló eljárások kivételével - beavatkozás nem szerepel a besorolási feltételek között;
- lc) *sürgősségi jelzéssel minősített csoport*: a HBCs kódban a főcsoport jel mellett „S” jelzéssel minősített csoport, amely a legalább 6 órás fekvőbeteg intézeti ellátást igénylő - általában 6-24 óra között lezajló - speciális ellátási esetet jelöli, amelyek során a betegek számára az előírt feltételeknek megfelelő beavatkozásokat elvégezték;
- ld) *társult betegséggel minősített csoportok*: az ellátás során olyan társult betegségek kezelését jelzi, amely megfelel a 19. §-ban és az 5. mellékletben foglaltaknak;
- le) *súlyos társult betegséggel minősített csoport*: a HBCs kódban a csoportkód utolsó karakterén „Z” betűvel minősített csoportok, mely alapján a beteg állapota és az elvégzett beavatkozások megfeleltek a 16. §-ban, a 20. §-ban és a 6. mellékletben meghatározott feltételeknek;

- lf) *életkori határral minősített csoport*: a 2. melléklet szerinti életkori csoportra meghatározott csoport;
- m) *betegszámla*: az egyedi ellátások költségfordításai alapján egy betegségcsoportra kiszámított átlagköltség, az egyes költségelemek feltüntetésével;
- n) *garanciális szabály*: a Kr. 40. § (13) és (14) bekezdése, valamint az R. 1. § (14) bekezdése szerinti szabály;
- o) *hosszúnap*: a Kr. 40. § (8) bekezdése szerinti eset.

10.9. Ábra és táblázatjegyzék

10.1. ábra A retrospektív finanszírozás	6
10.2. ábra A prospektív finanszírozás	7
10.3. ábra A DRGs rendszerek fejlődése és klasszifikációja	9
10.4. ábra Kórházi finanszírozási megoldások.....	15
10.5. ábra A HBCs rendszer struktúrája.....	35
10.6. ábra Példa: a 2. Főcsoport: Szemészeti betegségek besorolási algoritmus.....	36
10.1. táblázat A világban elterjedt DRG rendszerek rövidítése, bevezetésük éve és fő jellemzőik	9
10.2. táblázat A DRGs rendszerek egy 2021. évi OECD felmérés alapján	11
10.3. táblázat A DRG-HBCs rendszerrel szembeni kritériumok és azok célja	26
10.4. táblázat A DRG rendszer előnyei, hátrányai, elvárások vele szemben	47

10.10. Hivatkozások

- Alberio D., Azzolini E., Berger E. et.al. (2024) *Expenditure Control Measures in DRG-Based Hospital Payment Systems. Supplement. Health Services Research. KCE Report 392S.*
- Babarczy B. (2020) *DRG-alapú kórházfinanszírozás Magyarországon: célok és megvalósulásuk a rendszerváltás óta eltelt időszakban.* Doktori disszertáció, ELTE Szociálpolitika doktori program.
- Boncz I., Nagy J., Sebestyén A., Körösi L. (2004/9) *Financing of health care services in Hungary.* The European Journal of Health Economics, HEPAC, Vol 5 (3), p. 252-258.
- Boncz, I, Nagy, J.(2003) 10 éves a HBCS! : a Homogén Betegségcsoportok (HBCS) rendszerének tapasztalatai finanszírozói oldalról, Egészségügyi Menedzsment. - ISSN 1585-0854. - 2003. 5. évf. 2. sz., p. 21-27.
- Bordás I., Nagy J. (1991) Kórházi teljesítményszámolás homogén betegségcsoportok alapján, Egészségügyi Gazdasági Szemle Vol. 29, 37-49 old.
- Dózsa Cs. (2004) „Agresszív” HBCS politika Magyarországon: kérdések és válaszok a HBCS rendszer működésével és jövőjével kapcsolatban Gondolatok Dr. Szummer Csaba: „Degresszív egészségpolitika Magyarországon” című cikkével kapcsolatban. IME III. évf. 4. szám, 14-20. old.
- Dózsa Cs. (2005) *A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és ösztönző hatásai a hazai egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozásában.* IME IV. évf. 4. szám, 18-22. old.

- Dózsa Cs. (2011) *A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre - Magyarországon a 2000-es években* - Disszertáció. <https://phd.lib.uni-corvinus.hu/550/>
- Dózsa Cs. (2023) *Forrásképzés az egészségügyi és egészségbiztosítási rendszerekben. Forrásallokáció – Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása*. 11. fejezet. Megelőző orvostan és népegészségtan Szerkesztette Ádány R., Kiss I., Paulik E., Sándor J., Ungvári Z., Medicina 2023. 631-637.old.
- Fetter R.B., (1991) *Diagnosis Related Groups: Understanding Hospital Performance*. Interfaces, INFORMS, vol. 21(1), pages 6-26, February. <https://doi.org/10.1287/inte.21.1.6>
- Gaal, P; Stefka, N; Nagy, J (2006) Cost accounting methodologies in price setting of acute inpatient services in Hungary, Health Care Management Science; New York Köv. 9, Kiad. 3, (Aug 2006): 243-50. DOI:10.1007/s10729-006-9091-5
- Garaj E., Novák T. Garaj Erika, Novák Tamás (2020) *A HBCs-típusú finanszírozási rendszer előnyei és hátrányai*. 9.4. alfejezet In Az egészségügy finanszírozása és főbb gazdasági módszerei. Bevezetés az alkalmazott egészségügyi gazdaságtanba. Akadémiai Kiadó.
- Getzen T.E. (2004) *Health Economics – Fundamentals and Flow of Funds*. WILEY. ISBN: 0-471-43203-2
- Jávor A., Kovács J., Nagy J., Pethő, I, Sülyi, J (1987): Az egészségügyben alkalmazott teljesítménymérés és a költségelszámolás rendszerének megújítási koncepciója, Népegészségügy, 68: 321-327. 8,
- Jávor A., Bordás J., Nagy J. (1990) Introduction of DRGs System in Hungary, Lectures Notes in Medical Informatics Vol. 40., 168-172., Springer-Verlag
- Jávor A (1988) Az egészségügyi reform informatikai vonatkozásai. MEDICOMP 88, Szekszárd, 1988. Kongresszusi kiadvány 17-19 old.
- Nagy J., Bordás I. (1991) A DRGs adaptációjának Magyarországi tapasztalatai, Egészségügyi Gazdasági Szemle 29, 90-120,
- Nagy J., Ribling J.: (1990) Teljesítmény és költségmérés az egészségügyben Módszertani Kézikönyv, SZTÁV
- Kincses L., Károlyi Zs., Jávor A., Molnár Á. (1987) Betegségcsoportokon alapuló kórházstatisztika - új típusú mennyiségi és minőségi mutatói, Magyar Kórházszövetség VI. Kongresszusa, Kecskemét, 1987. Augusztus 28-29., III. kötet 32-3,
- 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 Jan; 55(1):19-36.PMID: 11137186
- Kutzin, J., Evetovits T., Jakab M., Thomson S. (2015) *Health Financing in the European Region: Objectives and Policy Instruments*. The Barcelona Course on Health Financing, WHO Regional Office for Europe, Barcelona, 2015. március 16-20.
- Nagy J., Dózsa Cs., Boncz, I. [2008]. *Experiences With the Application of the DRG Principle in Hungary*. In: Kimberly, J., de Pouvourville, G., d'Aunno, T. (Eds.) The

Globalization of Management Innovation in Health Care, Cambridge University Press: 284-319. 36 old

- Szummer Cs. (2004) Degresszív egészségpolitika Magyarországon. IME III. évf. 2. szám. 11-13. old.
- Szentgáli Gy. (1976) A számítógép kórházi alkalmazása, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó
- Vertrees J.C.: Funding and Future Diagnosis Related Group Development, <https://annals.edu.sg/pdfJul01supp/Vertrees.pdf>; letöltés: 2025.04.05

Jogszabályok:

- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.
- 180/2010. (V. 13.) Korm. rendelet az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelveiről, feltételrendszeréről és részletes szabályairól, valamint a már befogadott technológiák körének felülvizsgálatáról és módosításáról.
- 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről.
- 10/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható homogén betegcsoportok kódolási és besorolási szabályairól.

11 Krónikus betegellátási kassza

Szerzők: Dózsa Csaba László, Salai Márton József, Sipos Júlia

Tartalom

11	Krónikus betegellátási kassza.....	0
11.1	Bevezetés – definíciók és a Krónikus kassza lehatárolása	1
11.2	A krónikus ellátás és rehabilitáció finanszírozásának jogszabályi háttere.....	3
11.2.1	A Krónikus kassza története – azaz a Finanszírozási rendelet 8. számú mellékletének alakulása	4
11.3	Krónikus ellátási kassza kapacitásának, teljesítményének és finanszírozásának makro szintű elemzése	7
11.3.1	A krónikus ellátási kiadások az E. Alap viszonylatában.....	7
11.3.2	Krónikus kassza: ágyszámok és esetszámok elemzése	9
11.3.3	Krónikus ellátási kapacitások ágykihasználtságának elemzése	12
11.4	Szabályozási és finanszírozási reformok a Krónikus-rehabilitációs kassza vonatkozásában.....	18
11.4.1	Kiemelt rehabilitáció – minősített rehabilitáció	18
11.4.2	A nappali (kórházi) rehabilitációs ellátás jellemzői, előnyei és finanszírozási szabályai	19
11.4.3	Nappali rehabilitációs ellátás létrehozásának döntési pontjai és lépései.....	21
11.4.4	Nappali rehabilitációs ellátás bevételeinek és költségeinek tervezése	24
11.4.5	Nappali rehabilitációs ellátás hazánkban – kapacitások és jogyakorlatok	28
11.5	A Rehabilitációs Ellátási Programok (REP-ek) céljai, jellemzői és bevezetésének üteme	32
11.6	Hospice – palliatív ellátás és finanszírozásának jelentősége	35
11.7	Összefoglaló: 34 év időszakának főbb fázisai.....	35
11.8	Kontrollkérdések	36
11.9	Kulcsfogalmak és rövidítések	36
11.10	Ábra és táblázatjegyzék.....	37
11.11	Hivatkozások	37
11.12	Melléklet.....	39

11.1 Bevezetés – definíciók és a Krónikus kassza lehatárolása

Az úgynevezett „krónikus” ellátás és kassza egy átfogó szolgáltatási tartalmat fed le, az elnevezés nagyon régi, már a szocializmus idején kialakult a Gyógyító-Megelőző ellátások elnevezéssel együtt (Gresz et al, 2016, Dózsa & Cseh, 2023). A krónikus szó, mint elnevezés arra utal, hogy a betegeknek nincs szükségük akut, sürgősségi ellátásra, beavatkozásra, állapotuk alapvetően stabil, megfelelő gyógyszeres kezeléssel és orvosi felügyelettel és magas szintű szakápolással állapotuk stabilizálható, kismértékben javítható. „Fekvőbeteg-intézményben (kórházban) történő gyógyító, illetve rehabilitáló tevékenység, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, fenntartása, illetve helyreállítása, amikor az ellátás időtartama, illetve befejezése általában nem tervezhető, és jellemzően hosszú időtartamú.” (NEAK) Ezt követően a betegek néhány hét, de inkább néhány hónapon belül áthelyezhetők ápolási osztályra, szociális bentlakásos intézménybe, vagy a beteg otthonába. A „krónikus” ellátási kassza mégsem pontos, miután magában foglalja a rehabilitációt, amely célja alapvetően a betegek állapotának jelentős javítása főként akut, akár életveszélyes állapotokat követően. A NEAK honlapon található definíció szerint: „Rehabilitációs fekvőbeteg-szakellátás során az egészségi (testi vagy szellemi) állapot helyreállításához szükséges utókezelést, gondozást fekvőbeteg gyógyintézeti keretek közt biztosítják.” (NEAK)

A rehabilitáció jelentőségét mutatja, hogy az Egészségügyi törvény 24 helyen említi (a krónikus ellátást csupán kétszer!). A Tv 5.§ (2) bekezdése szerint: „Mindenki köteles tiszteletben tartani mások jogait egészségük fejlesztéséhez, védelméhez, a betegségek megelőzéséhez, a gyógyuláshoz és az orvosi rehabilitációhoz.” A rehabilitációt alapvető jogként kezeli, és a népegészségügy meghatározó elemeként is (Tv 35.§ (2) bekezdés e) pont). Sajnálatos módon ezt az elnevezést és a kassza összetételét, valamint finanszírozási módját sem sikerült az elmúlt évtizedek alatt módosítani, habár 2008-ban erre kifejezetten készült szakértői javaslat is a rehabilitáció kasszákon és ellátási formákon átívelő átfogó kezelése céljából (Dózsa, 2023). De a 2015-2017-ben kidolgozott Rehabilitációs Programok (REP) újszerű finanszírozása is szakítani kívánt a Krónikus kasszát meghatározó napidíj alapú finanszírozással.

A *Krónikus – rehabilitációs ellátások kasszája* egyébként számos más ellátási formát is magában foglal: eleve a pszichiátriai ellátás ellátói kapacitásai is elkülönülnek az egyes kórházakon belül, vagy akár külön pszichiátriai szakkórházakba, pszichoterápiás osztályokba tömörülnek, melyet a finanszírozás is követ eltérő elnevezésű szorzókkal (lásd következő alfejezetet). A fekvőbeteg hospice ellátás egyedi intézményi szintű finanszírozását 2004-től váltotta fel a normatív jellegű és megemelt (a rehabilitációs szorzót majdnem elérő!)

elkülönített szorzó, mely elismeri a hospice – palliatív ellátás intenzívebb jellegét, szakorvosi ellátási tartalmát (pár éve már a gyermek hospice ellátást is elkülönítve még magasabb szorzóval).

Maga a rehabilitációs ellátás mutatja a legnagyobb fejlődést a vizsgált három évtized alatt, az ellátás sokszínűségét jellemzi az utóbbi évtizedre kialakított 8-9 féle különböző elnevezés és szorzó (kómás betegek, idegrendszeri sérültek, polymorbid betegek, intermediare care, stb.), melyet szintén a következő fejezetben mutatunk be. A kasszába tartozik még az ápolás is, melynek a NEAK szerinti definíciója: „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.” A tartós ápolás és az (egészségügyből – szociális ellátásba való) ún. átmeneti ellátás (vagy hosszú távú ellátás, Long-term care – LTC) problematikájával és ápolási (osztályos) kapacitások „sorsával”, később az Ápolásbiztosítás fejezetben ismét foglalkozunk. (Gresz et al, 2016).

A különálló kassza jellegét mégis több minden indokolja: alapvetően napi díj alapú finanszírozásban részesedik az azt meghatározó ösztönzők mentén, melyeket az ellátás jellege, költségigényessége (1 napra eső ápolási és ellátási költségek), valamint ténylegesen elkülönül az aktív fekvőbeteg szakellátástól, melynek célja és ellátási ideje (akut, sokszor sürgősségi beavatkozások, terápiák rövid lefolyási idővel néhány nappal maximum 1-2 héttel) lényegesen más, mint a „krónikus kasszába” foglalt ellátásoké. (Dózsa, 2023)

Ebben a fejezetben bemutatjuk a krónikus-rehabilitációs kasszának a jogszabályi hátterét – főként finanszírozási oldalról, a kassza kapacitásainak, teljesítményének és finanszírozásának 30 évet átölelő elemzését. Ezt követően a krónikus-rehabilitáció és hospice ellátás finanszírozásában tervezett vagy bekövetkezett fontosabb programokat, változásokat. A fejezet végén összefoglaljuk a legfontosabb trendeket, változásokat, kiemeljük ennek az ellátási területnek a kulcsszavait, valamint a fejezet megértését célzó ún. kontroll-kérdéseket teszünk fel. Ebben a fejezetben nem foglalkozunk az ápolási osztályok szociális szektor számára történő 2023-ban indult átadásáról, és a korábban már kidolgozott szakápolási mintaprogram koncepciójáról (Dózsa et al, 2016) és a szakápolási központok törvényi és rendeleti szintű szabályozásának lényegéről, melyet majd az Ápolásbiztosításról szóló fejezetben mutatunk be.

11.2 A krónikus ellátás és rehabilitáció finanszírozásának jogszabályi háttere

Tekintettel arra, hogy a Krónikus betegellátási kassza a Gyógyító-megelőző ellátások égisze alá – azon belül az összevont szakellátások alá, továbbá a fekvőbeteg szakellátás alá – tartozik, a kasszát szabályozó elsődleges jogforrás ebben az esetben is a 43/1999 (III.3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Finanszírozási rendelet). (Dózsa et al, 2019) Azon belül is 36-41. §-a mely tartalmazza a fekvőbeteg szakellátás finanszírozására vonatkozó rendelkezéseket, illetve a jogforrás 8. sz. melléklete, mely a krónikus ellátásokat rendszerezi annak kódja, megnevezése és szorzószáma szerint. Az érintett rész az összevont szakellátás meghatározásával kezdődik, mely a jelen jegyzet készítésekor hatályos jogszabály szerint ekképpen hangzik: *Fekvőbeteg-szakellátás klinikán, kórházban, szakápolási intézményben, valamint fekvőbeteg-ellátást nyújtó országos intézetben (a továbbiakban együtt: intézmény) végzett minden ellátási esemény, amelynek során a biztosítottat az intézménybe felvették, és ott legalább 24 órán keresztül – nappali kórházi ellátás esetén legalább 6 órán keresztül – tartózkodik.* (Finanszírozási rendelet 36. § (1) bekezdés).

További definíció olvasható a Finanszírozási rendelet 7. számú mellékletében, mely szerint „*a finanszírozás módja szerint 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.* (Finanszírozási rendelet 7. sz. melléklet). A rendelet törzsszövegében szereplő 36. § a következő pontokban megemlíti több egyéb egyedi esetet, ami az fekvőbeteg szakellátás meghatározásnak nem feleltethető meg minden esetben, ellenben finanszírozási szempontból annak minősül. Ide tartozik a jelen fejezet szempontjából releváns, az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletben meghatározott rehabilitációs ellátási program (a továbbiakban: REP, [22]) szerinti nappali ellátás, mely jelentés és finanszírozás szempontjából fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül. Fontosnak tartom a REP Finanszírozási rendelet szerinti fogalmát is meghatározni.

Az I. Általános rendelkezésekben foglaltak szerint a REP *az Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz Tagozat által közzétett, a finanszírozási eljárásrendet megalapozó módszertani ajánlásgyűjteményben foglalt ellátási program.* Az alfejezet több részletes finanszírozási és adminisztratív kérdést is szabályos, melyekbe jelen jegyzet a célját tekintve nem merül el.

A fejezet elején említett 8. számú melléklet az évek során több változáson ment keresztül, melynek kronológiai változását az 1. számú melléklet ismerteti. A fontosabb változásokat a „Krónikus kassza története” fejezetben lévő 1. számú táblázat tartalmazza.

11.2.1 A Krónikus kassza története – azaz a Finanszírozási rendelet 8. számú mellékletének alakulása

A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 8. számú mellékletében kezdetben nyolc alapellátási forma szerepelt, viszonylag egyszerű, de markánsan eltérő finanszírozási szorzókkal. A legalacsonyabb szorzóval az ápolási osztályon végzett ellátás (0,9) szerepelt, míg a legmagasabb a gépi légzés-rehabilitáció volt (5,0), amely komoly humán erőforrást és infrastruktúrát igényel. A tetraplég osztályi ellátás és a speciális rehabilitáció (pl. koponya-, gerinc-, agysérültek) kiemelt helyet foglaltak el a 3,0-s szorzóval, utalva e betegek összetett gondozási igényeire. Hospice ellátás már ekkor is jelen volt, 1,1-es szorzóval, amely a palliatív szemlélet korai finanszírozási elismerését mutatja. 2000-ben csupán egyetlen változás történt: az addiktológiai ellátás – mely a szóban forgó időszakban „Alkohol- és drogfüggők rehabilitációja” néven szerepelt a mellékletben – szorzója 1,0-ról 1,2-re emelkedett.

Ez a kisebb mértékű, de jelzésértékű módosítás utalt az addiktológiai szemlélet előtérbe kerülésére az ellátáspolitikában, melyet az ekkortájt megjelent, a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról szóló 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat is alátámaszt. A szorzók kezdeti kialakítását elsősorban az orvosszakmai prioritások és a technikai erőforrás-igények vezérelték, még kevésbé tükrözve a komplex finanszírozási logikát.

2001-ben a 8. sz. melléklet fontos struktúraváltáson ment keresztül, ugyanis az eddig tételesen felsorolt ellátások és a hozzájuk kapcsolódó szorzószámok egyedi azonosításra szolgáló kódszámokat kaptak, így ezen ellátásokat táblázatos formában lehetett azonosítani, ennek eredményeképp a kódok használata pontosabb adminisztrációt és finanszírozási rendszert tett lehetővé. E módosítás keretében tartalom tekintetében változás nem történt, az ellátások megnevezései és szorzói megegyeztek a korábbi évvel, a kódszámok bevezetése azonban fontos előfutára lett a későbbi differenciált minősítéseknek és az adatalapú ellátástervezésnek. 2003-ban új ellátási formaként jelent meg a vegyes profilú ápolási osztályon végzett hosszú idejű ellátás (00011), 0,6-os szorzóval, amely az alacsonyabb szintű szakmai igénybevételre utalt. Ez a bevezetés jelezte, hogy az idősellátás és az ápolási spektrum tágítása is napirendre került az állami finanszírozásban.

A szorzók finomhangolása továbbra is főként az ellátás típusához és kapacitásigényéhez igazodott, de megjelentek az első jelei a szociális tényezők figyelembevételének is.

2004-ben újabb fontos átalakuláson ment keresztül a melléklet, az addigi szorzókat felülvizsgálták és több esetben jelentősen megemelték, például a tetraplég osztályi ellátás szorzója 4,0-ra, a gépi légzés-rehabilitációé 6,7-re került megemelésre, ezzel is jelezve az életfenntartó technológiák fokozott forrásigényét, ezzel együtt a krónikus kassza fontosságának szerepét. 2004. szeptemberében egy további fontos újítás történt: bevezették a pályázattal befogadott hospice ellátást (00012) 1,8-as szorzóval, amely a nem állami szereplők fokozódó szerepvállalását jelezte. 2006 január elsején új szorzóként megjelent a "szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs ellátás", illetve a „speciális, komplex intenzív rehabilitáció (koponya-, gerincagy sérültek és szeptikus betegek ellátása)” mint külön kategória, nominális viszonylatban nézve magas szorzókkal. Ezen szorzók „életcikusa” nem volt túl hosszú, tekintettel arra, hogy 2006. június 1-én történt meg a szorzórendszer első tudatos egyszerűsítése Molnár Lajos miniszteri ciklusa alatt, IMF-es egyeztetésekhez kapcsolódóan. Ekkor jelentek meg új kódokon belüli csoportosítások is, mint például a kiemelt rehabilitációs ellátás, illetve az ápolási tevékenység, mint egységes alapkategória.

2007-től kezdődően folyamatosan bővítésre került a melléklet, amely a krónikus ellátás szintjeinek szakmai differenciálását támasztja alá. Elsőként bevezetésre került a Szakmai minősítésű pszichiátriai rehabilitációs ellátás, majd egy éven belül ezt a sort „leváltották” a pszichiátriai rehabilitáció minősített szintjei ("A", "B", "C"), amelyekhez különböző – 1,2 és 1,8 közötti – finanszírozási szorzók tartoztak, bemutatva ezzel az ellátási színvonalhoz kötött finanszírozási logikát. Három évvel később, 2011-ben került kiemelésre a kómás és gerincvelősérült betegek korai rehabilitációjának külön kódja (00023), amely 6,6-os szorzóval szerepelt, kiemelkedő finanszírozási elismerést biztosítva, majd szűk egy évvel később több, a fertőzőes eredetű, illetve halmozottan sérült betegek ellátására specializált kategória is bekerült, ilyen volt például a TBC-s betegek és a polymorbid gerontopszichiátriai páciensek ellátása. Ezek a bővítések tükrözik, hogy az állami finanszírozás folyamatosan reagált a társadalmi és epidemiológiai kihívásokra, egyben részletesebben igyekezett lekövetni a betegek állapotának komplexitását is. A demográfiai öregedés és a krónikus betegségek előfordulásának növekedése fontos szerepet játszott a szorzók emelésében, különösen az időskorúak és halmozottan sérült betegek esetében.

2013-ban új elemként bekerült a gyermekek és ifjak addiktológiai és pszichiátriai rehabilitációja, amelyhez külön kódszámot és 1,8-as szorzót rendeltek. A rákövetkező évben, 2014-ben a szabályozás tovább erősítette a differenciált finanszírozás rendszerét, különösen a pszichiátriai rehabilitáció területén, melynek három minőségi szintje mellett megjelentek a természetes gyógytényezőkön alapuló krónikus ellátások is, amelyek a gyógyfürdőkre, klímaterápiára és egyéb fizioterápiás lehetőségekre épültek. Következő évben, 2015-ben különös figyelmet fordítottak a krónikus betegségekkel küszködő gyermekek ellátására, ugyanis további 4 – gyermekekhez köthető – magas szorzószámú ellátás került bevezetésre. 2016-ban a szorzók általánosan növekedtek, ahogy a szakterületek egyre specializáltabbá váltak, a finanszírozás pedig egyre jobban igazodott az ellátott betegpopuláció komplex igényeihez. Hosszú ideig a 8-as számú mellékleten semmilyen változás nem történt, legközelebb szűk 9 év múlva, 2025. május 1. napján valósult meg a szorzószámok újabb növekedése, melynek érdekessége, hogy először lettek két tizedesjegyre kerekítve az értékek. A szorzók jelentős emelése részben az inflációs nyomás, részben a COVID–19 járvány utóhatásai miatt megnövekedett költségek és kapacitásigények következménye lehetett. A Finanszírozási rendelet alakulását jelen jegyzet 1. számú melléklete, a változásokat a teljesség igénye nélkül az 1. számú táblázat tartalmazza.

11.1. táblázat Finanszírozási rendelet 8. sz. mellékletének alakulása

Dátum	Esemény
1999.03.03.	Kihirdetésre kerül a 43/1999 (III.3.) Korm. rendelet, melynek 8. számú mellékletében szerepel a krónikus betegellátási kassza 8 db ellátástípusa, egyedi szorzószámokkal ellátva.
2000.04.01.	Az „Alkohol és drogfüggőség rehabilitációja” nevű ellátás szorzója 1,0-ról 1,2-re emelkedik.
2001.04.01.	A táblázat fejlécet, az ellátások egyedi azonosítót kapnak.
2003.08.01.	A mellékletben rögzítésre kerül a „Vegyes profilú ápolási osztályon végzett hosszú idejű ellátás”.
2004.04.01.	A mellékletben rögzítésre kerül a „Szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs ellátás”, illetve az összes szorzó száma növekszik.
2004.09.01.	A mellékletben rögzítésre kerül a „Pályázattal befogadott hospice ellátás”.
2006.01.01.	A mellékletben rögzítésre kerül a „Szakmai minősítésű intenzív komplex rehabilitációs ellátás”, illetve a „Speciális, komplex intenzív rehabilitáció (koponya-, gerincagysérültek és szeptikus betegek ellátása).
2006.07.01.	A 8. sz. melléklet teljesen átalakul, a meglévők közül csak a 00001-es számú „Ápolási tevékenység” szorzó marad hatályban, további 3 szorzó kerül bevezetésre.

2007.01.01.	A mellékletben rögzítésre kerül a „Szakmai minősítésű pszichiátriai rehabilitációs ellátás”.
2008.09.01.	A mellékletben rögzítésre kerül a Rehabilitációs ellátás, 3 altípussal, 3 különböző szorzóval („A”, „B”, és minősítés nélküli).
2011.11.01.	A mellékletben rögzítésre kerül a „Kómás és gerincvelősérült betegek korai kiemelt rehabilitációs ellátása”.
2012.07.01.	A mellékletben további 4 ellátási típus kerül feltüntetésre.
2013.07.06.	A mellékletben rögzítésre kerül a „Gyermekek és ifjak addiktológiai, pszichiátriai rehabilitációs ellátása”.
2014.01.01.	A mellékletben rögzítésre kerül további 4 ellátási típus, a „természetes gyógytényezők felhasználásával végzett krónikus ellátás”, illetve a pszichiátriai rehabilitáció „A”, „B”, és „C” szintje is.
2015.07.22	A mellékletben további 4, a gyermekek hospice és pszichiátriai rehabilitációs ellátását célzó szorzószám kerül feltüntetésre
2016.08.01.	A szorzószámok általánosan növekednek.
2025.05.01.	A szorzószámok általánosan növekednek együtt a krónikus napidíjjal is.

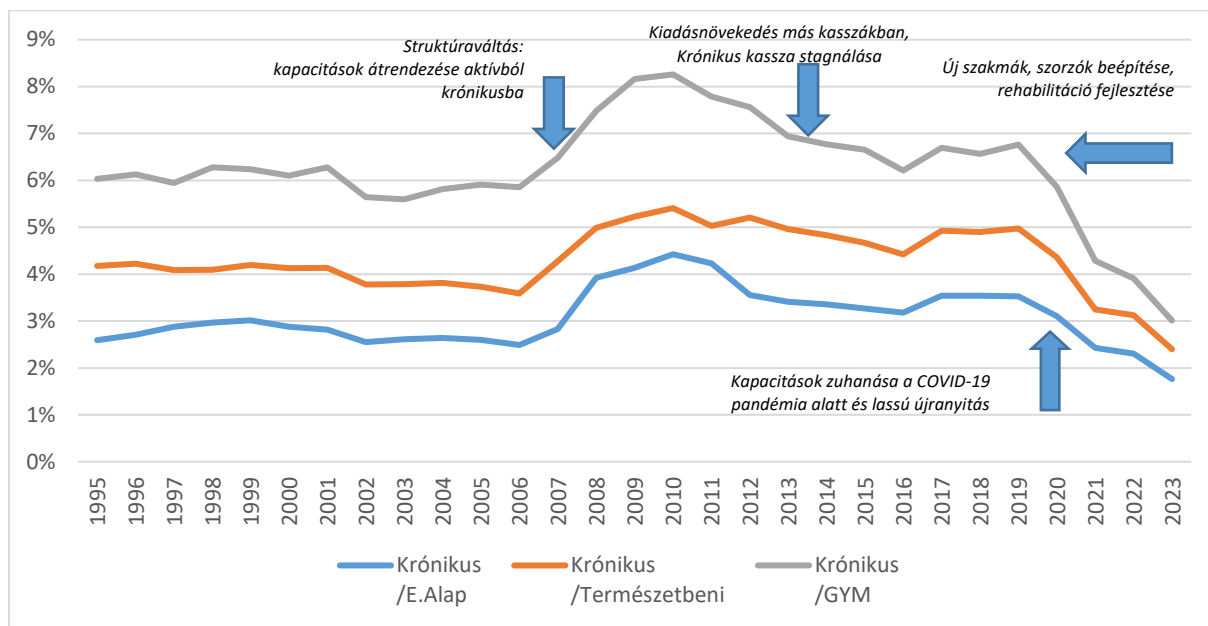
Forrás: Szerzők

11.3 Krónikus ellátási kassa kapacitásának, teljesítményének és finanszírozásának makro szintű elemzése

11.3.1 A krónikus ellátási kiadások az E. Alap viszonylatában

A krónikus kassa a fekvőbeteg-szakellátáson belül elkülönítetten kezelt finanszírozási kategória, amely az Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) természetbeni ellátásainak részeként működik. Az E. Alapon belül a gyógyító-megelőző ellátások alrendszerébe tartozik, azon belül pedig az összevont szakellátásnak a részét képezi, itt különül el a fekvőbeteg szakellátáson belül az aktív, illetve krónikus ellátások kasszája. A krónikus kassa a tartós, hosszú idejű, jellemzően nem akut beavatkozást igénylő kórházi ellátásokat foglalja magába – ide tartozik az ápolási, rehabilitációs, pszichiátriai és palliatív (hospice) ellátás is. Finanszírozási célja, hogy a hosszabb idejű gondozást igénylő, de nem sürgősségi vagy technológiaintenzív ellátások számára stabil forrást biztosítson. A kassa aránya viszonylag kicsi az E. Alap egészéhez képest (2023-ban 1,76%-át tette ki), de a társadalmi és demográfiai trendek miatt szerepe egyre hangsúlyosabbá vált az elmúlt évtizedekben, még akkor is, ha ezt a soron következő diagram kevésbé szemlélteti.

11.1. ábra A Krónikus kasszából történő kifizetések aránya más, nagyobb alrendszerekhez viszonyítva 1995-2023 (%)



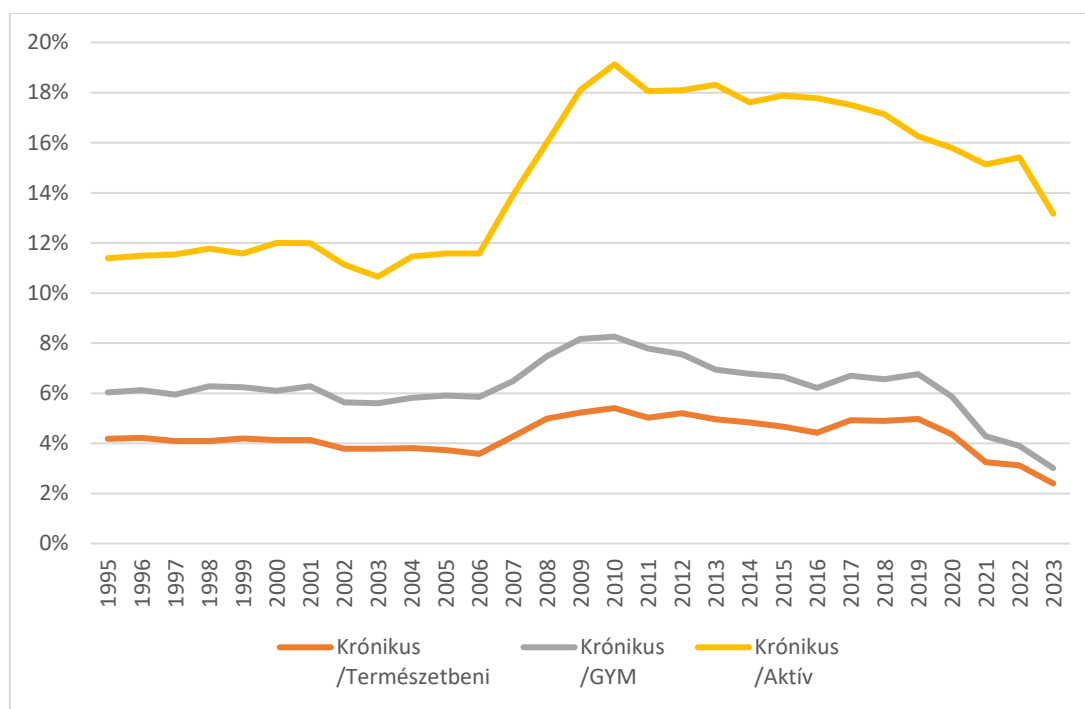
Forrás: Szerzők

Az ábrán szemmel látható, hogy a krónikus kassza 1995 és 2005 között együtt mozgott mind a nagyobb alrendszerrel, először 2007-ben történt egy kisebb „kiugrás”, ami sokkal inkább tudható be az E. Alap és egyéb alrendszerek kifizetéseinek csökkenésének, mintsem a krónikus kassza nagymértékű bővülésének, hiszen 2007-ről 2008-ra az E. Alap kiadása 1 648 milliárdról 1 445 milliárdra csökkent, emellett a krónikus kassza kiadása ez időben is növekedett, 46 milliárdról 56 milliárdra, így míg az E. Alap ebben az időszakban megközelítőleg 13%-os nominális csökkenéssel számolt, addig a krónikus kassza közel 22%-al több forrással gazdálkodhatott a bázis évhez képest.

Tovább böngészve a kiadásokat (alfejezet végén lévő 2. számú táblázat) láthatjuk, hogy ha csak a krónikus ellátásokra szánt költséget figyeljük, 2019-ig (azaz a COVID-19 kezdetéig) évről évre nagyobb kerettel gazdálkodott, még ha az orvosi béremeléseknek köszönhetően nem is tudta lekövetni az E. Alap százalékos növekedését. A COVID-19-es pandémia éveit követően a krónikus kasszába ölt források mértéke nem növekedett évről évre, sőt egyre inkább eltávolodott az E. Alaptól arányaiban, 2023-ban ráadásul nominálisan megközelítőleg hasonló mértékű összeg került kifizetésre (megközelítőleg 72 milliárd Ft), mint 2016-ban (megközelítőleg 67 milliárd Ft kifizetés), mely ugyan nominálisan közel 7%-kal több, az eltelt 7 év alatt az inflációs hatások miatt ez az összeg reálértékét tekintve lényegesen alacsonyabb.

Ezen időszakban az aktív fekvőbeteg szakellátásra tervezett és megvalósul kiadások mértéke nominálisan szűk intervallumban mozgott, mely szintén reálérték csökkenéssel, illetve az E. Alaptól történő „lemaradással” járt, ellenben a krónikus kasszára fordított kiadás még drasztikusabban csökkent az aktív fekvőbeteg szakellátásra fordított forráshoz képest.

11.2. ábra A Krónikus kasszából történő kifizetések aránya más, nagyobb alrendszerekhez és az aktív kasszához viszonyítva 1995-2023 (%)



Forrás: Szerzők

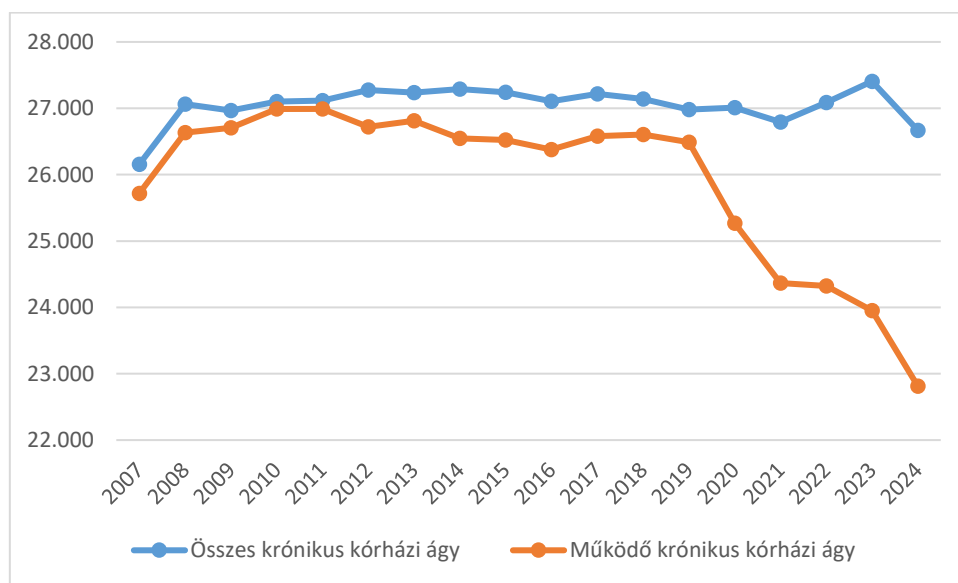
Az ábrán szemmel látható, hogy a Krónikus kassa kifizetései 2009-2011 években voltak a csúcson, azóta évről évre távolodik más egyéb kasszáktól és csökken az aránya a nagyobb alrendszerekben.

11.3.2 Krónikus kassa: ágyszámok és esetszámok elemzése

A krónikus ágyszámok elemzését célszerű 2 részre bontani, egy 1995 és 2006 közötti időszakra, illetve egy 2007 utáni időszakra, tekintettel arra, hogy 2007-ben nagymértékű átrendeződésen esett át az aktív-krónikus ágyak száma és aránya, mellyel egyidejűleg a korábban említett Finanszírozási rendelet 8. sz. melléklete is teljes egészében átalakult. Az összes aktív ágy száma az első időszakban az évek során folyamatosan csökkent, kb. 60-75 ezer körül mozgott, ez 2007-ben lecsökkent megközelítőleg 44 ezerre, tehát összesen 16 ezres ágyszámcsökkenéssel számolt az aktív fekvőbeteg szakellátás egy év alatt, míg a krónikus ágyak száma az első időszakban ennél szűkebb intervallumban mozgott (kb. 19-20 ezer), majd 2007-től

megközelítőleg 7 ezer ágygal bővült a krónikus betegellátás, az összes ágyszám 27 ezerre ugrott meg. Az ezt követő közel másfél évtizedben a krónikus ágyak száma nagyságrendeket tekintve stagnált, 2020-tól a COVID-19 pandémia első évétől kezdve a működő ágyak száma folyamatos csökkenésnek indult. Tekintettel arra, hogy a két időszakot egy diagrammon kevésbé célszerű szemléltetni, így a jelenleg is tartó időszak kerül bemutatásra a fejezetben.

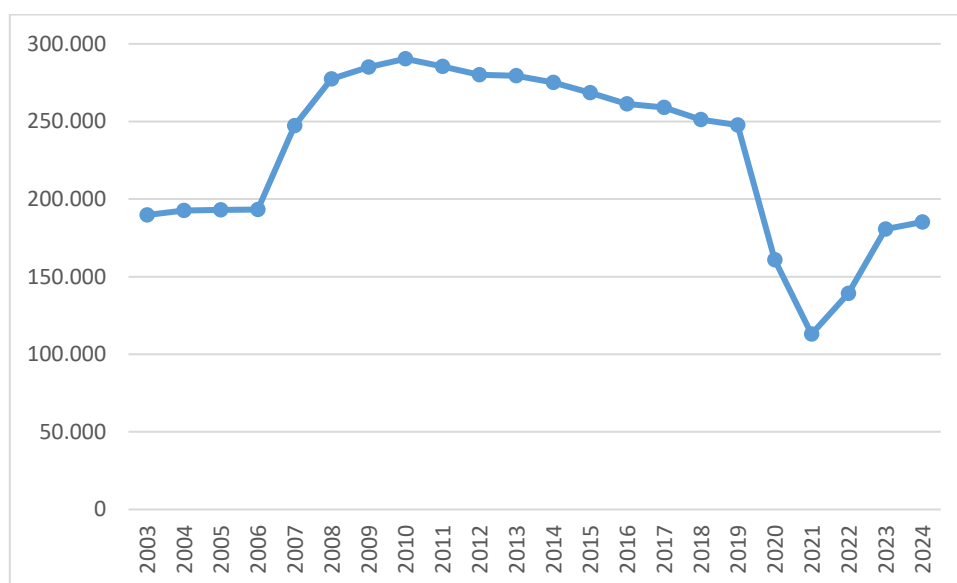
11.3. ábra Krónikus kórházi ágyak alakulása 2007-2024 (db)



Forrás: Szerzők

Mielőtt bárki pánikba esne a működő krónikus kórházi ágyak drasztikus fogyását tekintve, fontos kiemelni, hogy a diagrammon az alsó vízszintes vonal jelzi a 22 ezres ágyszámot, a vonaldiagrammon megadott intervallum az összes és a működő ágyak számának eltávolodását hivatott informatívan bemutatni. Érdeemes szót ejteni a krónikus, illetve az aktív ellátásban megforduló esetek számáról is. A következő diagrammon – mely a teljes elemzési időszakot fedi le – jól látható, hogy 2007-ben megugrott a krónikus esetek száma, mely szintén a korábban említett, 2007-ben történő struktúraváltás következménye, mikor a krónikus kórházi ágyak száma 20 ezerről 27 ezerre növekedett, illetve az aktív kórházi ágyak száma 60 ezerről 44 ezerre csökkent.

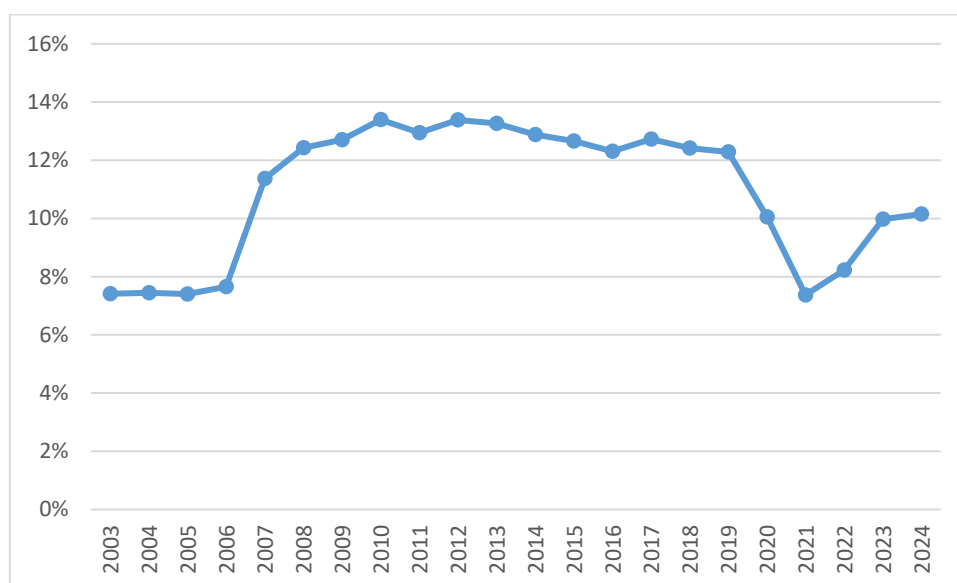
11.4. ábra Krónikus osztályról elbocsátott betegek száma 2003 – 2024 (fő)



Forrás: Szerzők

Ezen az ábrán jól kivehetőek szintén azokat az intézkedéseket reprezentáló törésvonalak, mely időszakokban a krónikus betegellátás legnagyobb változásokon ment keresztül, ezek a 2007-ben bevezetett struktúraváltás, illetve a COVID-19 és annak utóhatásai. Érdekes azonban megemlíteni a trendszerűen csökkenő esetszámokat is, mely többek között a megnövelt összes krónikus kórházi ágyszámhoz viszonyítva a működő kórházi ágyak csökkenésének, illetve az otthoni szakápolás térhódításának is köszönhető volt. Fontosnak és érdekesnek tartom a krónikus betegellátás esetszámait az aktív betegellátás esetszámainak függvényében megvizsgálni. A következő ábrán jól látszik, hogy átlagosan 8-12% a krónikus betegellátási esetek aránya az aktív esetek arányának, melynek legfőbb oka szintén a működő kórházi ágyakban kereshető, ellenben más egyéb tényezők is befolyásolták, kiváltképp a TVK (Teljesítmény Volumen Korlát) rendszerének szélesebb körben való elterjesztése az aktív betegellátásban. Fontos megemlíteni, hogy a COVID-19 illetve annak utóhatásai – annak ellenére, hogy a grafikon az aktív kassza javára kilengést mutat – az aktív betegellátás esetszámainra is hatással volt, ellenben jóval kisebb mértékben, mint a krónikus betegellátásnál. Az aktív és a krónikus betegellátási kassza esetszámait a 2. számú melléklet tartalmazza.

11.5. ábra Krónikus esetszámok aránya az aktív esetszámokhoz viszonyítva 2003-2024 (%)



Forrás: Szerzők

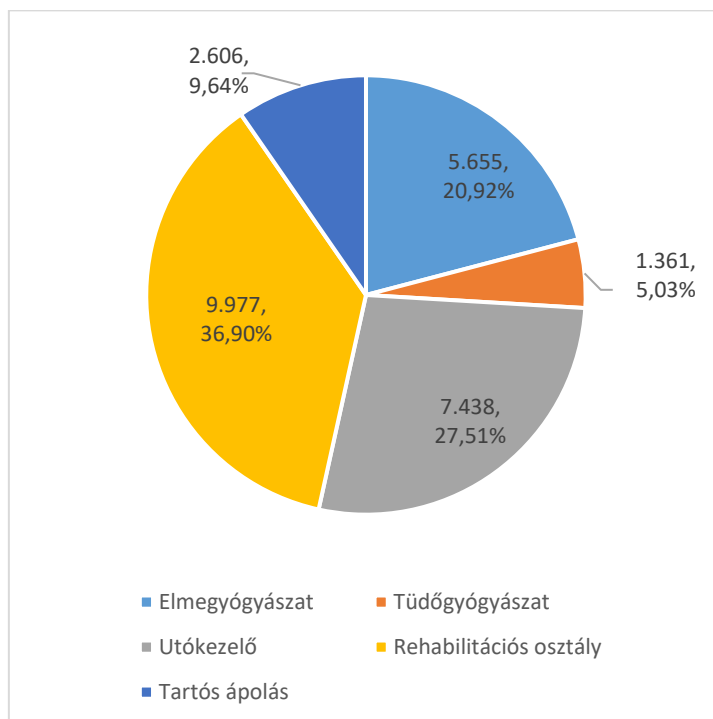
A működő kórházi ágyak számának csökkenésének oka az, hogy a COVID-19 pandémia időszaka alatt drasztikusan csökkent a krónikus osztályon megfordult esetek száma is, illetve a kórházak ezekben az években egyre nagyobb nehézségbe ütköztek a humánerőforrás feltételek biztosításában, így ekkora mennyiségű (27 ezer!) ágy kapacitást országosan nem tudnak fenntartani. Ennek további következménye, hogy az ezen ágyakon elhunyt személyek száma is csökkent, ellenben elhunytak aránya ugyanezen időszakban növekedett. Első olvasásra lehet egyeseknek ellentmondásnak hangzik, ellenben megvizsgálva a következő diagrammokat, láthatjuk, hogy a krónikus osztályon megfordult esetek száma lényegesen nagyobb mértékben csökkent, mint az ott elhunytak száma, így összességében a krónikus osztály „halálozási rátája” az elmúlt években nőtt. A krónikus és aktív betegellátási kassza főbb adatait a 3. és 4. számú. melléklet tartalmazza.

11.3.3 Krónikus ellátási kapacitások ágykihasználtságának elemzése

A krónikus betegellátási kassza szakmáenkénti elemzését szintén célszerű két részre bontani, a 2003-2011 időszakra, mikor 5 szakma volt feltüntetve (elmeógyógyászat, tüdőgyógyászat, utókezelő, rehabilitációs osztály, tartós ápolás), illetve a 2012-2024 időszakra, mikor a rendszer 3 fajta osztállyal büszkélkedett (krónikus ellátás, rehabilitációs ellátás, betegápolás). A korábbi időszak tekintetében kördiagram segítségével bemutatásra kerül egy kiválasztott év (2010) adatai alapján az esetszámok és ágyszámok aránya, majd a fejezet címében is szereplő – illetve közgazdasági szempontból kiemelt jelentőségű – ágykihasználási mutató kerül rövid elemzésre, ahol megfigyelhető lesz az időszak alatti trendmozgás.

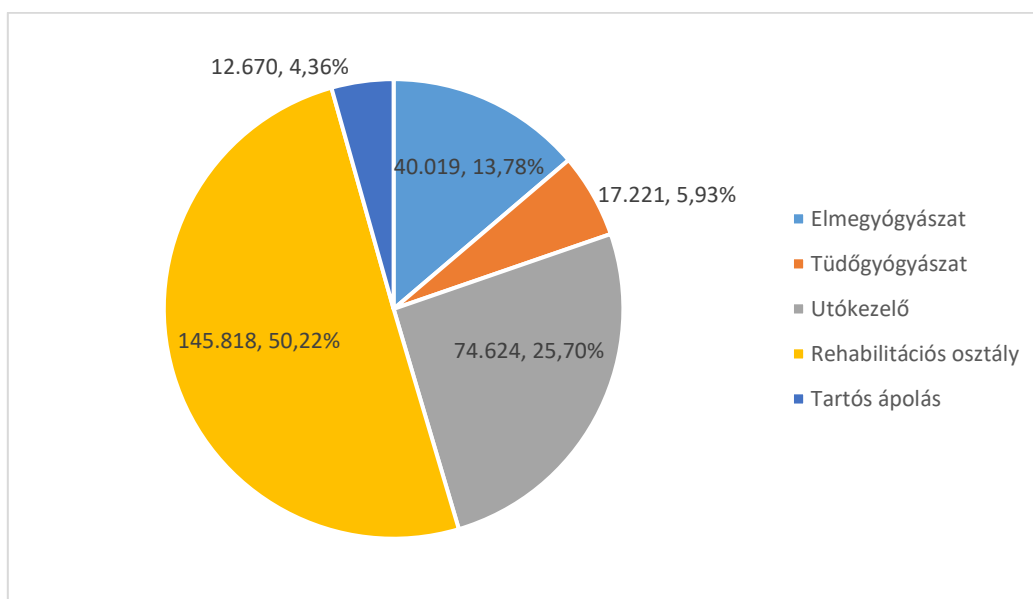
A kördiagrammokat szemügyre véve látható, hogy nem minden szakmánál van egyenes arányosság az összes működő kórházi ágy, illetve az osztályokról elbocsátott betegek száma között, például a krónikus esetek felét a rehabilitációs osztályon kezelt betegek adják, míg az itt működtetett ágyak száma csak közel 37%-a az összes krónikus kórházi ágynak.

11.6. ábra Krónikus osztályon lévő szakmák ágyszámai 2010. évben



Forrás: Szerzők

11.7. ábra Krónikus osztályon lévő szakmák esetszámai 2010. évben

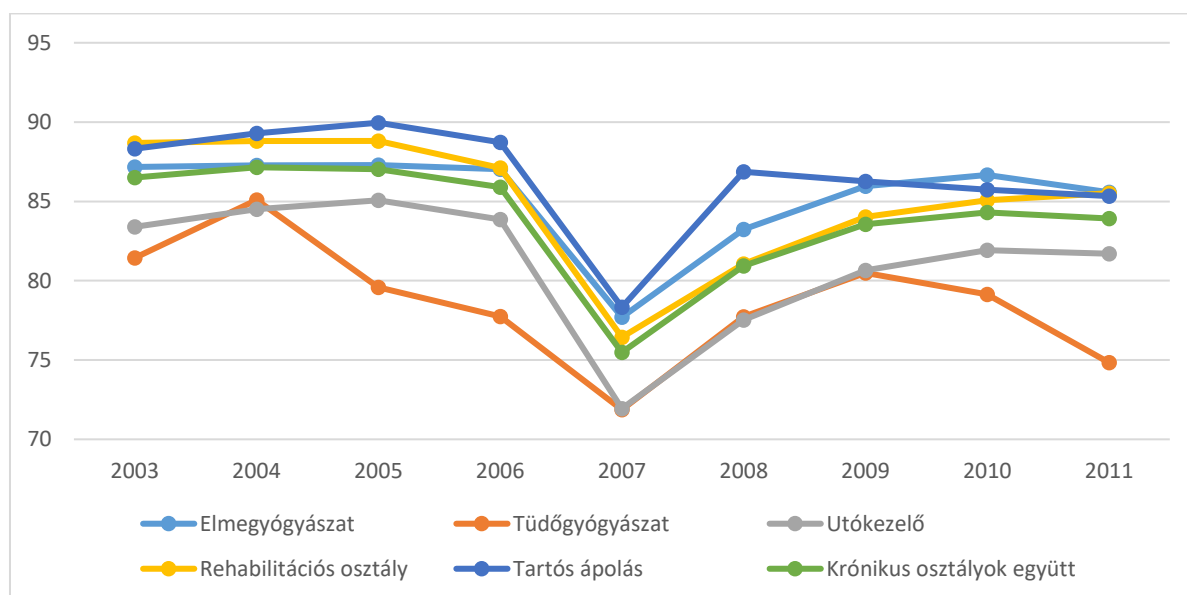


Forrás: Szerzők

Ahogy a fejezet elején is olvasható volt, a krónikus betegellátási kasszának egyik talán legfontosabb mutatója az ágykihasználtság, hiszen rengeteg mindent ki lehet következtetni a rendelkezésre álló adatokból. A mutató kulcsfontosságú az egészségügyi rendszer hatékonyságának és gazdaságosságának értékelésében, hiszen jelzi, hogy a rendelkezésre álló kórházi ágyakat milyen mértékben veszik igénybe a krónikus betegek ellátására. A magas ágykihasználtság utalhat arra, hogy nagy az igény a hosszú távú ellátásra, ugyanakkor az egészségügyi intézmények túlterheltségét is jelezheti, ami országos szintű ellátási problémákat eredményezhet.

Hasonlóan a magas értékhez, az alacsony értéket is többféleképpen lehet értelmezni, hiszen az is utalhat kihasználatlan kapacitásokra, mely pénzgazdálkodás szempontjából közel sem optimális, ugyanakkor pozitív tendenciát is jelezhet, amennyiben a mögöttes ok az emberek egészségügyi állapotának javulása, vagy a hatékonyabb, otthonalapú ellátási formák előtérbe kerülése. Gazdasági szempontból a nem optimális kihasználtság többletköltségeket vagy forráshiányt jelezhet a rendszerben, hiszen a mutató nemcsak a kapacitás mértékét, hanem a kihasználtság alakulását is hűen tükrözi. Magyarországon az elmúlt években az átlagos ágykihasználtság megközelítőleg 80 és 90% között volt mely, ha nem is ideális, de megfelelő értéknek tekinthető. A soron következő 2 diagram az ágyak kihasználtságát mutatja be, különválasztva a 2003-2011, illetve a 2012-2024 éveket a szakmák eltérő csoportosítása végett.

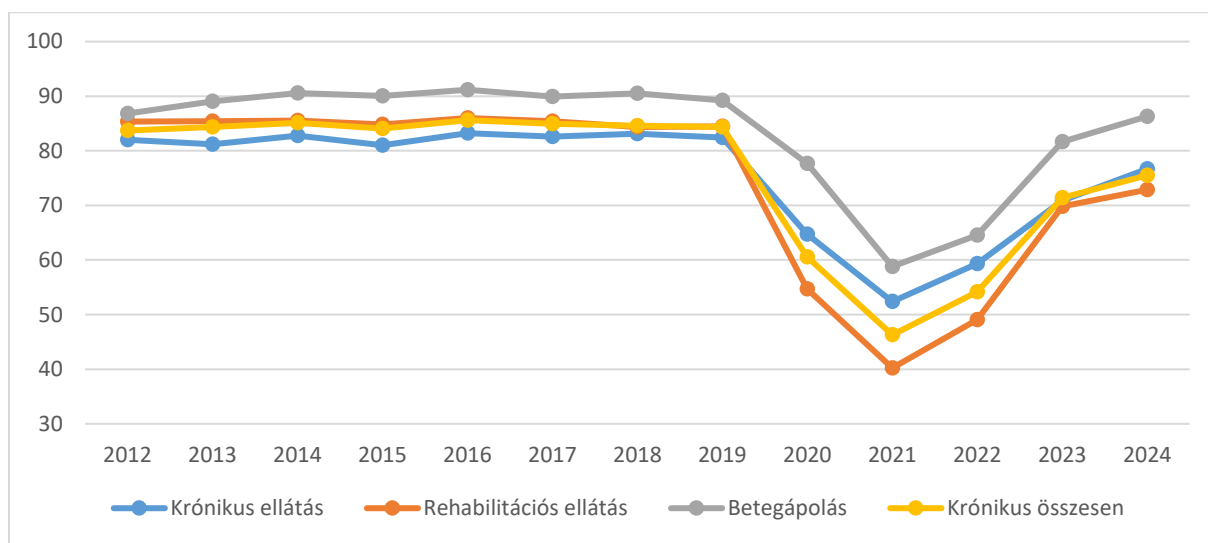
11.8. ábra Országos ágykihasználás 2003-2011 (%)



Forrás: Szerzők

Hamar szembetűnik, hogy a két eltérő időszakban két – a grafikonok skálázását figyelembe véve – eltérő mértékű „bezuhanás” történt ezalatt a 21 év alatt. A korábbi 2007-ben volt esedékes, mikor Molnár Lajos minisztersége alatt a krónikus ágyak száma 20 ezerről 27 ezerre növekedett, a második ilyen csökkenés 2020-ban kezdődött meg a COVID-19 hatására mely annak volt köszönhető, hogy az intézmények rengeteg beteget hazaküldtek. Mindemellett az ábrákon jól látható, hogy ezek ugyan drasztikus méretű csökkenések, de az idő múlásával visszaáll a bezuhanás előtti állapot, és a trend folytatódik a megszokott 80-90% közötti arányszámon belül.

11.9. ábra Országos ágykihasználás 2012-2024 (%)

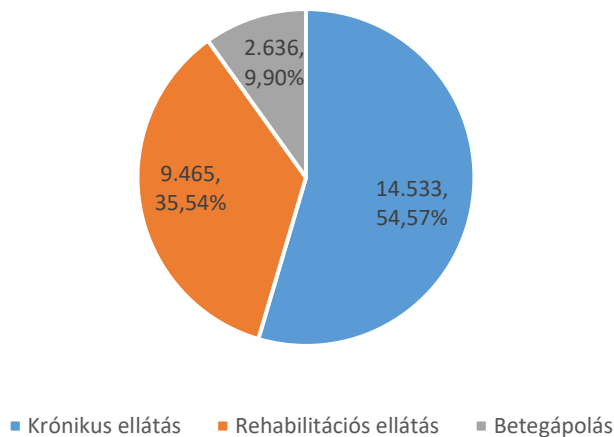


Forrás: Szerzők

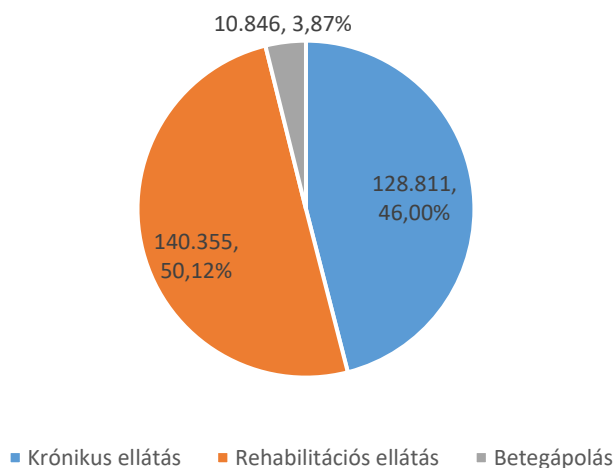
Végül érdemes megvizsgálni a második időszakban is, hogy hogyan változtak az arányok az adott krónikus osztályokon belül az időszak elején (2012) és az időszak végén (2024). A diagrammokon jól látható, hogy 2012-t követően is igaz az az állítás, hogy az esetszámok nem feltétlenül vannak egyenes arányosságban az ágyszámokkal. Jelen esetben például a krónikus osztályokon ellátott esetek fele rehabilitációs ellátás volt, míg az ágyak számát tekintve megközelítőleg az ágyak harmada tartozik a rehabilitációs ellátáshoz. Megfigyelhető továbbá, hogy 2024-ben mennyit változott a krónikus osztályokon a belső megoszlás, mind esetszám, mind ágyszám tekintetében.

11.10. ábra A krónikus osztályokon lévő szakmák ágyszámai és esetszámai 2012, 2024. években
(ágyszám, esetszám, %)

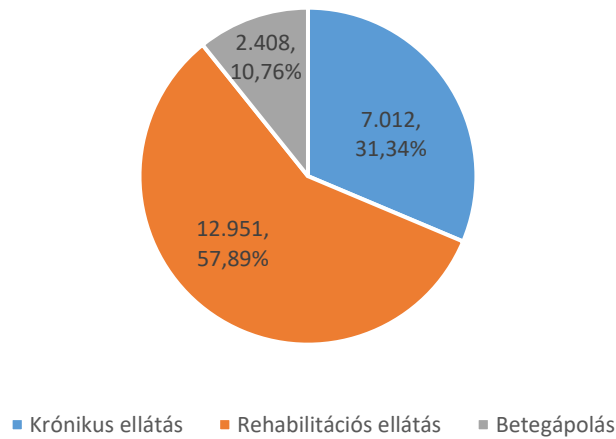
Krónikus osztályon lévő szakmák ágyszámai 2012. évben



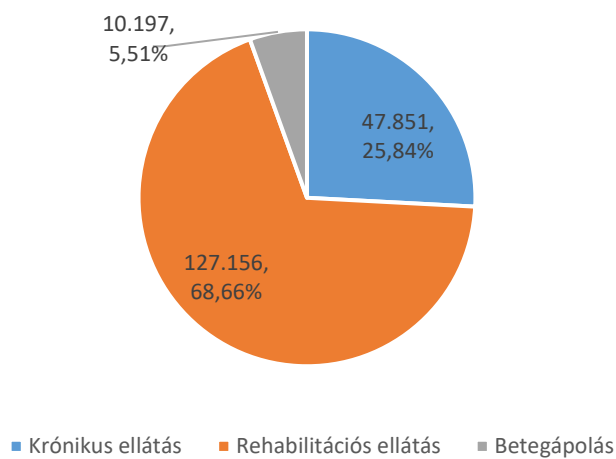
Krónikus osztályon lévő szakmák esetszámai 2012. évben



Krónikus osztályon lévő szakmák ágyszámai 2024 évben

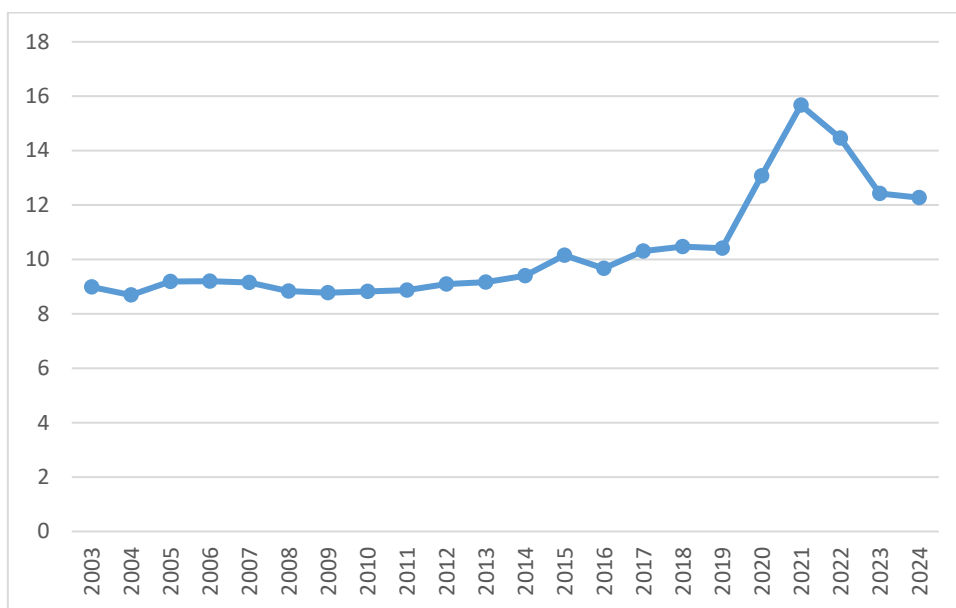


Krónikus osztályon lévő szakmák esetszámai 2024. évben



Forrás: Szerzők

11.11. ábra krónikus osztályok halálozási rátája 2003-2024 között (%)



Forrás: Szerzők

Az OEP, majd a NEAK statisztikai kimutatásaiban szerepel még a krónikus osztályok halálozási %-a is. Alapvetően ez igen magas 8-10%-közötti volt 2003-2014 között. A ráta enyhe mértékben, de folyamatos emelkedést mutatott 2012-2013-tól, a COVID-19 pandémia előtti évekre már 10% fölé került, ugyanakkor a koronavírus fertőzés ezt a betegcsoportot sújtotta legnagyobb mértékben, akár osztályos betegként, akár ambuláns vagy otthoni ellátásban, ez a kiugrás látható a 2020-2021 és 2022 években. Még a pandémiát követő teljes hosszú távú trend nem látható, de a halálozási ráta az utóbbi években alapvetően magasabb, 12%-os szinten állt be, mely utal arra, hogy kisebb kapacitással indult újra a krónikus ellátás, és így még inkább a súlyosabb betegek, arra inkább rászorult idős emberek kerülnek ellátásra ezeken a kórházi osztályokon.

11.4 Szabályozási és finanszírozási reformok a Krónikus-rehabilitációs kassza vonatkozásában

11.4.1 Kiemelt rehabilitáció – minősített rehabilitáció

A 2003. évi átfogó finanszírozási reformjavaslatok között szerepelt az ún. szakmai minősítésű, vagy kiemelt rehabilitáció bevezetésének koncepciója is a fekvőbeteg szakellátás keretében (nem keverendő a 2011 évet követően a megváltozott munkaképességű személyeknek járó pénzbeli rehabilitációs ellátásokkal!). Ennek keretében az OEP több indikátort dolgozott ki, amelyet a rehabilitációt végző kórházi osztályok esetében éves gyakorisággal leellenőrzött az ÁNTSZ területi szerveinek bevonásával.

A 43-as Kormányrendelet 37.§ (4) bekezdése szerint „*krónikus rehabilitációs betegellátás súlyozási szorzói csak azon szolgáltatók rehabilitációs osztályain nyújtott ellátás finanszírozásához alkalmazhatók, amelyek az egyes szakmák szerint illetékes szakmai kollégiumok által meghatározott szakmai feltételeknek megfelelnek. A feltételek fennállását a területileg illetékes MEP ellenőrzés alapján állapítja meg. Abban az esetben, ha a szolgáltató nem felel meg a meghatározott szakmai feltételeknek, tevékenysége krónikus szorzóval vagy ápolási szorzóval kerül finanszírozásra.*”

A Korm r. 8/A. számú melléklete a nem pszichiátriai rehabilitáció minősítési kritériumai az osztályvezető főorvos szakirányú tapasztalatai, szakorvosi létszám, szakdolgozói emelt létszám, 18 napos minimum ápolási idő és 5% alatti halálozás. Amint ezek a feltételek nem állnak fenn az éves ellenőrzés során, az engedélyező hatóság és a finanszírozó átminősíti a kórházi osztályt „B” vagy „C” minősítésűvé. Utóbbi osztályokon enyhébb a szakorvossal szemben támasztott követelmény, a szakdolgozói elvárt létszám, és az átlagos ápolási nap elvárás is alacsonyabb (rendre: 16-18 és 11-15 nap). Ez a feltétel rendszer ugyanakkor már 15 éves, és azóta háromszor módosult, de további felülvizsgálatra és korszerűsítésre lenne szükség a minőségi tartalom és eredményesség számonkérésének irányába.

Finanszírozási oldalról pedig 2004 április 1-től bevezették a 00009-es Szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs ellátást, 2,1-es szorzóval, mely a „valódi” rehabilitációs tartalmú ellátást hivatott értékén finanszírozni. Az elnevezés 2006 július 1-től kiemelt rehabilitációs ellátásra változott (1,5-ös szorzóval), majd 2008 szeptember 1-től Rehabilitációs ellátás „A”, „B” vagy „C” minősítésű, rendre 1,7, 1,5 és 1,2-es szorzóval. Az ezt a komplex magas szintű rehabilitációt el nem érő osztályok „csak” alacsonyabb szorzóra lettek jogosultak B vagy C szinten, de a „C” minősítésű rehabilitáció már csupán a krónikus szorzónak megfelelő díjazásban részesülhetett. Hasonló több szintű szabályozásra és 3 szintű minősítésre került sor a krónikus pszichiátriai ellátás területén, külön soron is kiemelve már 2014. január 1-től: „A”, „B” és „C” szintű Pszichiátriai rehabilitáció, melynek szorzói rendre 1,8, 1,4 és 1,2 értéket kaptak a Korm. r. 8/a. melléklete szerint.

11.4.2 A nappali (kórházi) rehabilitációs ellátás jellemzői, előnyei és finanszírozási szabályai

A nappali rehabilitáció kialakításának feltételei és elterjedését előmozdító tényezők: A Nappali Rehabilitációs Ellátás (NRE) komplettálja a krónikus rehabilitációs szakmai ellátási palettát, hozzájárul a rehabilitációs szakmai munka elmélyítéséhez, javítja a terápiás helyiségek

kihasználtságát és általában hozzájárul az egészségügyi intézmények méretgazdaságosságos működéséhez. A jelenlegi árakon, NEAK finanszírozási díjtételeken alapuló intézményi bevétel éves szinten 100 Mft körül alakul (átlagos 25 fős nappali kórházi létszám működtetése mellett).

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (Korm. r.) 2.§ r) pontja definiálja a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátást, mely szerint a rehabilitációs ellátási program alapján végzett olyan nappali ellátás, amelyet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendeletben (a továbbiakban: R.) meghatározott finanszírozási paraméterek és elszámolhatósági szabályok szerint végeznek.

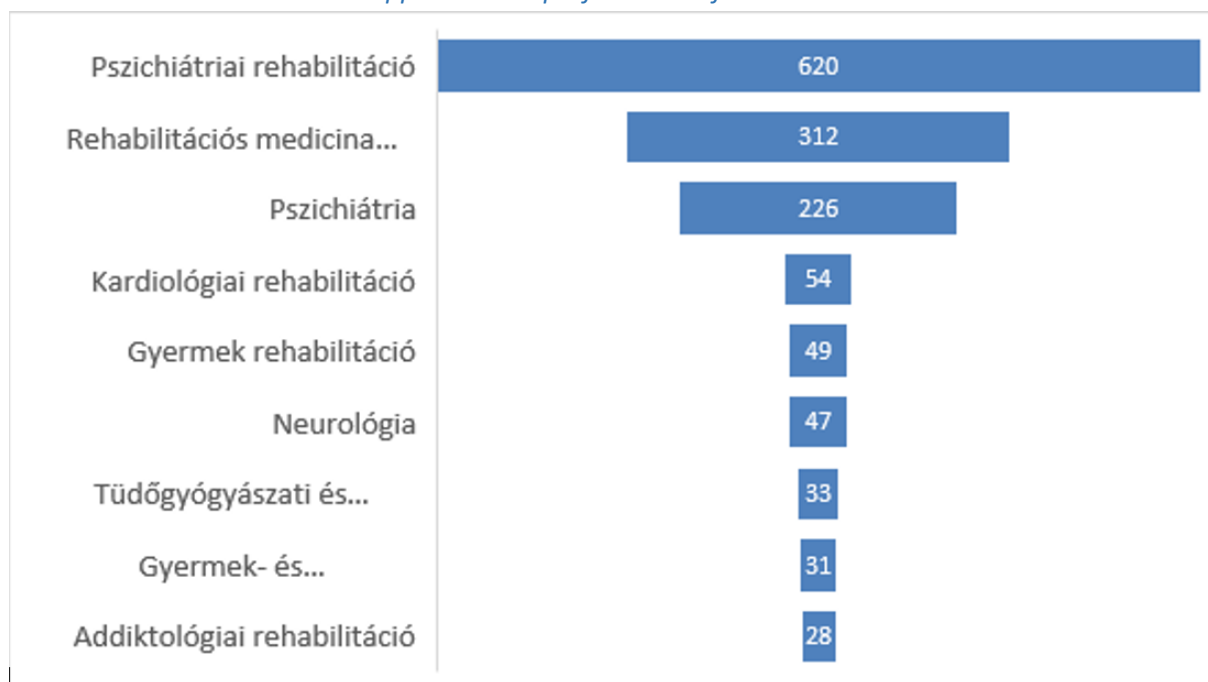
A Korm. r. szerint a fekvőbeteg-ellátást nyújtó országos intézetben (a továbbiakban együtt: intézmény) végzett minden ellátási esemény, amelynek során a biztosítottat az intézménybe felvették, és ott nappali kórházi ellátás esetén legalább 6 órán keresztül tartózkodik. Az egyik fő finanszírozási szabály, hogy a nappali kórházi ellátás esetében a fekvőbeteg-ellátást nyújtó háttérosztály minősítése szerinti szakmai szorzó alkalmazható. A Korm. r. 37. § (8) bekezdése szerint a krónikus betegellátásban – ideértve a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátást is – a Funkciók Nemzetközi Osztályozása (a továbbiakban: FNO) szerinti funkcionális állapotot a 14. számú melléklet szerint kell jelteni. Majd a (8a) bekezdése szerint a (8) bekezdésben foglaltakon túl a rehabilitációs ellátási program szerinti nappali ellátás esetén meg kell határozni és a betegdokumentációban vezetni kell a rehabilitációs ellátási programban megállapított állapotmutatókat is.

Az ellátási terület (automatikusan) a kórház krónikus rehabilitációs fekvőbeteg ellátásának TEK-je. Nappali kórházi ellátás esetén naponta legalább 6 órán keresztül végeznek szakmai munkát. Finanszírozás szempontjából **fekvőbeteg-ellátási esetnek minősül** az osztályos háttérrel nyújtott nappali kórházi ellátás. A finanszírozási jogszabály a nappali ellátás lekötött kapacitását napi beteglétszámban határozza meg, ami nem haladhatja meg az osztályos háttér ágyszáma szerint ellátható napi beteglétszám 50 százalékát: „az osztályos háttérrel nyújtott nappali kórházi ellátás lekötött kapacitását napi beteglétszámban, ami nem haladhatja meg az osztályos háttér ágyszáma szerint ellátható napi beteglétszám 50 százalékát, azzal, hogy a nappali kórházi ellátást nyújtó szervezeti egység telephelye megegyezik a kapcsolódó osztályos háttérrel biztosító osztály telephelyével.” (43/1999 (III. 03.) Korm r. 37.§ (2) g) pont).

A rehabilitációs medicina esetén már más beteg és orvosszakmai motivációk merülnek fel. A betegek egy része ódzkodik beköltözni 3 hétre a kórházba. A kórházi ellátás keretében is

nagyjából napi 5-6 órás terápia történik, a többi az gyakorlatilag hotel – jellegű ellátás. A kórházak számára ez költséghatékony és rugalmas megoldás, mert kisebb kubarúrával, osztályos háttérrel, kisebb éjszakai műszaki személyzettel is megfelelő számú beteget tudnak ellátni. A kórházak szempontjából fontos, hogy a betegek önálló legyenek, és kövessék a protokollon alapuló ellátás napi programbeosztását, illetve megfelelő terápiás kapacitásokkal, helyiségekkel, eszközökkel és szakszemélyzettel rendelkezzenek a nappali ellátásba érkező betegek ellátása számára is, az ágyszámhoz tartozó előírt létszámfeltételen túl is.

11.12. ábra Nappali ellátási profilok NEAK finanszírozásban 2024



Forrás: Szerzők

A NEAK finanszírozási körében legjellemzőbb a nappali pszichiátriai rehabilitációs ellátás, melyre több mint 600 napi beteglétszám van lekötve az országban. Ennek közel fele a (mozgásszervi) rehabilitációs medicina szakmai profil (312-es beteglétszámmal), amit a Hévízi Reumakórház is szeretne megvalósítani. Külön szerepel a kardiológiai, gyermek rehabilitáció és a neurológiai (stroke utáni) rehabilitáció is még számottevő kapacitással (rendre 54, 49, 47 beteglétszámmal).

11.4.3 Nappali rehabilitációs ellátás létrehozásának döntési pontjai és lépései

Nappali rehabilitációs kórházi ellátás létrehozásának meghatározó lépéseit mutatja be az alábbi ábra. Ebben 7 lépésre, főbb ütemre tudtuk lebontani a Nappali rehabilitációs ellátás bevezetését, melyben a legfontosabb kezdő lépés a szakmai – rehabilitációs program meghatározása és ennek megfelelő terápiás protokoll kidolgozása.

Kiemelt jelentősége van a reálisan megfogalmazható orvosszakmai – rehabilitációs protokollnak vagy protokolloknak. Javasolt egy féle programmal indulni, de később akár különböző intenzitású, más súlyosságú, vagy alapbetegségű betegeknek megfelelően több féle nappali rehabilitációs protokoll is alkalmazható. Ez segít meghatározni a megcélzandó betegpopulációt, kliensek körét és behatárolni annak maximum létszámát. Következő lépés a kapacitások tervezése, főleg a maximum ellátandó beteglétszám meghatározása, (minimum létszám is, mely alatt nem méretgazdaságos turnust indítani.) A beteglétszámot célszerű a minimumfeltételekhez kötni, hogy néhány fő miatt ne kelljen duplázni a szakápolói vagy gyógytornász létszámot. A terápiás személyzet létszáma, szervezhetősége is meghatározza, hogy mekkora nappali kórházi kapacitást, betegszámot célszerű bevállalni főleg, ha azok ellátása egy turnusban történik. Rugalmas munkaszervezés esetén, a beteglétszám meghatározása és flexibilisebben történhet.

11.13. ábra A nappali rehabilitációs ellátás bevezetésének főbb lépései



Forrás: Szerzők

A nappali kórház bevezetését megelőzően a fenti ábrának megfelelően rendszereztük a döntést igénylő pontokat:

- Milyen szakmai program(ok)ra – protokoll(ok)ra terjedjen ki a nappali rehabilitációs ellátás? Milyen eszközös és fizikai vizsgálatokkal, funkció képességek mérésével (FNO-k, állapotmutatók) követik a betegek állapotának javulását (a kúra megkezdésekor és lezárultával)?

- Szakmai felelős kinevezése az Intézmény felsővezetői közül, főállású vagy részállású szakmai stáb kijelölése és kinevezése (alapfeladat vagy kiegészítő feladat, melyet a munkaköri leírásokban szükséges szerepeltetni).
- Mekkora napi beteglétszám vállalható? (egy csoport, két csoport, 15 vagy 30 fő napi beteglétszám induláskor): Mi az az ideális (napi) beteglétszám, ami esetében a közös költségek fajlagosan a legkedvezőbben alakulnak?
- Infrastrukturális elhelyezés: kialakítás helye átmenetileg hol, hány erre a feladatra dedikált helyiségben (kórterem, öltöző, pihenő helyek, és a meglévő terápiás helyiségek részidejű igénybevétele)? Véglegesen hol, melyik épületben és hány helyiségben?
- Belső kapacitás átcsoportosítással javasolt létrehozni vagy többletkapacitás befogadási pályázat benyújtása, legkorábban a 2025. szeptemberi TBB ülésre (többletkapacitás befogadási bizottság)

Egy-egy intézmény szakmai szolgáltatási területének fejlesztése során paraméterezett táblázatokat szoktunk kidolgozni, melyek lehetővé teszik, hogy az új szolgáltatásra vonatkozó költségvetési terveket számos verzióban (pld. kisebb vagy nagyobb kapacitással, turnus (beteg)létszámmal) és scenárió mentén is le lehessen futtatni (pld. különböző kihasználtság mellett: 70/80/90%-os). Egy-egy ilyen új szolgáltatási területet – az ellenőrizhetőség, monitorozhatóság és hatékonysági számítások érdekében – célszerű külön költséghelyként kezelni az Intézmény kontrolling rendszerében, arányosítva az erre a szolgáltatásra jutó felhasznált területeket (közös helyiségek, terápiás helyiségek), indirekt (+ központi igazgatási) költségeket és terápiás illetve adminisztratív létszámokat. (Pld. ebben az esetben jóval kevesebb lesz az a HR létszám, ami főállásban a nappali ellátásban fog dolgozni (FTE), sokkal inkább jellemző megosztott munkaidőben és munkarend szerinti működés).

A költségek tervezését az általános számviteli és költségvetés tervezési szabályoknak megfelelően javasolt kidolgozni. Melynek fő tételei és tipikus megoszlása: az ellátandó beteglétszámhoz illeszkedő arányos létszámú személyzet tekintetében, illetve a fajlagos egy napra / 1 kúrára jutó direkt dologi költségek tekintetében. A dologi költségeket bruttó értéken célszerű figyelembe venni, hiszen az ÁFA nem lesz elszámolható az egészségügyi tevékenységek után. A bérköltségeket - ebben a tervezési fázisban - alapvetően átlagos korra és munkaköri / végzettségi kategóriákra tudjuk megadni az ESZJ alapján, amit természetesen a szakszemélyzet konkrét kijelölését, megszervezését, nappali ellátásba irányítását követően

tudja a vezetés véglegesen kiszámolni. A létszámokat a szakmai protokoll és a napi munkarend alapján lehet véglegesíteni (pl. gyógymasszörből, gyógytornászból naponta hány főre van szükség a kiindulási tervben szereplő napi átlagos 25 fős beteglétszámhoz. A havi bruttó bérköltségek mellett számoltunk egy havi átlagos 60 eFt-os további ún cafeteria, vagy utazási költségterítés tétellel, mely összeg természetesen szintén változtatható, emelhető.

További tervezési alapelvek: A működés költségszámításnak szorosan kell illeszkednie a Kórház meglévő számviteli és kontrolling rendszeréhez, számlatükörhöz. Ennek megfelelően lehet az költséghelyre számítani a fajlagos / vetített közvetett és intézményi központi költségeket, melyre ebben a verzióban 12%-os arányt vettünk figyelembe a Dologi és Személyi jellegű költségekre vetítve. Az éves amortizációs költségeket becsültük, egyelőre évi 2 MFt keretösszeget állítottunk be, de természetesen ez is pontosítható lesz a konkrét eszközök, infrastruktúra használat függvényében). Beruházási költséggel, illetve azok megtérülésével ebben a fázisban nem számoltunk: helyiségek kialakítása, egyes bútorok, zárható szekrények beszerzése. A létszámokat a hatáselemzésben paraméterként lehet kezelni, aszerint, hogy napi átlagosan hány órában vesznek részt a programban, milyen (csoportos és egyéni!) foglalkozásokat terveznek az orvosszakmai – rehabilitációs protokollnak megfelelően.

11.4.4 Nappali rehabilitációs ellátás bevételeinek és költségeinek tervezése

Az alábbi alfejezetben részletezzük a nappali rehabilitációs ellátás működtetésének potenciális bevételi és tervezhető költségstruktúráját. A költségvetési hatásszámítás bevételi oldalának meghatározó paraméterei a napi beteglétszám, egy rehabilitációs kúrára jutó átlagos kezelési napok száma (jogszabályban előírt minimum nap 15), 1 hónapra jutó kúrák átlagos száma (1,33) munkanapokra számolva, kihasználtság (100%, várható betegforgalom a maximum elszámolható napi beteglétszám arányában). Napi és egy kúrára jutó beteg térítési díj a kiinduló példában: napi 5,0 eFt, 15 napos kúra során 75 eFt.

A jogszabályok alapján meghatározott inputok: „A” minősítésű rehabilitációs szorzója (2), nappali ellátás korrekciós tényezője: 70%, a krónikus napidíj Ft összege (a jelenleg érvényes hatáselemzésben beállított 7000 Ft). A fenti paraméterértékek alapján az xls-es háttérszámításból származó alábbi táblázatban látható, hogy az 1 hónapra és az 1 évre számolt potenciális NEAK-ból származó bevétel a nagyobb, 25 fős csoport 100%-os kihasználtsággal („A” scenárió) esetén havi 5,95 MFt illetve éves 71,44 MFt. A „B” scenárió szerint a TB bevétel havi 4,76 és éves 57,15 MFt.

A magánfinanszírozású bevétel napi 5 ezer Ft térítési díjjal számolva 1 hónapra összesen 2,5 MFt, 1 évre 30,0 MFt. A „B” scenárió-ban a potenciális 25 fős turnus 80%-os kihasználtsággal vettük figyelembe, átlagban napi 20 fős létszámmal, a várható térítési díj bevételek ennek megfelelően arányosan kevesebb (2,0 MFt és 24,0 MFt).

11.2. táblázat A Nappali Rehabilitációs Ellátás bevételének meghatározó paraméterei

Kúra hossza (munkanap)	15
Havi kúrák átlagos száma (20 munkanappal számolva)	1,33
NEAK krónikus napidíja eFt	7,0
Rehabilitációs szorzó "A" minősítésű	2,4
Nappali kórházi szorzó	70,0%

Forrás: Szerzők

A nappali rehabilitációs ellátás éves működés költségeit háttér xls táblázatban dolgoztuk ki, melynek főbb jellemzői és paraméterei az alábbiak:

- A működési oldal esetében is paraméterezett a számítási táblázat: főleg az ellátandó beteglétszámhoz illeszkedő arányos létszámú személyzet tekintetében, illetve a fajlagos egy napra / 1 kúrára jutó direkt dologi költségek tekintetében.
- A dologi költségeket bruttó értéken célszerű figyelembe venni, hiszen az ÁFA nem lesz elszámolható az egészségügyi tevékenységek után.
- A bérköltségeket - ebben a tervezési fázisban - alapvetően átlagos korra és munkaköri / végzettségi kategóriákra tudjuk megadni az ESZJ alapján, amit természetesen a szakszemélyzet konkrét kijelölését, megszervezését, nappali ellátásba irányítását követően tudja a vezetés véglegesen kiszámolni.
- A létszámokat a szakmai protokoll és a napi munkarend alapján lehet véglegezni (pld gyógymasszörből, gyógytornászból naponta hány főre van szükség a kiindulási tervben szereplő napi átlagos 25 fős beteglétszámhoz).
- A havi bruttó bérköltségek mellett számoltunk egy havi átlagos 60 eFt-os további ún cafeteria, vagy utazási költségtérítés tétellel, mely összeg természetesen szintén változtatható, emelhető.

- f) A működés költség számításnak szorosan kell illeszkednie a Kórház meglévő számviteli és kontrolling rendszeréhez, számlatükörhöz. Ennek megfelelően lehet az költség helyre számítani a fajlagos / vetített közvetett és intézményi központi költségeket, melyre ebben a verzióban 12%-os arányt vettünk figyelembe a Dologi és Személyi jellegű költségekre vetítve.
- g) Az éves amortizációs költségeket becsültük, egyelőre évi 2 MFt keretösszeget állítottunk be, de természetesen ez is pontosítható lesz a konkrét eszközök, infrastruktúra használat függvényében).
- h) Beruházási költséggel, illetve azok megtérülésével ebben a fázisban nem számoltunk: helyiségek kialakítása, egyes bútorok, zárható szekrények beszerzése.

A létszámokat a hatáselemzésben paraméterként lehet kezelni, aszerint, hogy napi átlagosan hány beteget látnak el.

11.3. táblázat A Nappali Rehabilitációs Ellátás tervezett havi és éves dologi költségei az „A” szcenárióban

A nappali kórház működtetésének 1 évre számított költsége (eFt)						
1.	Dologi költségek (eFt)	Egységköltség (azonos)	Egy főre eső költség / kúra (azonos)	A szcenárió (teljes kihasználtság)		
				Egy turnusra eső költség	Havi költség (1.33 kúrával számolva)	Éves teljes dologi költség
1.1.	Diagnosztika	1,2	1,2	30,0	40,0	480,0
1.2.	Egészségügyi anyagköltségek - teljes kúrára	0,3	4,5	112,5	150,0	1 800,0
1.3.	Élelmezési költség - napi költség	1,6	24,0	600,0	800,0	9 600,0
1.4.	Adminisztratív költségek	0,3	4,5	112,5	150,0	1 800,0
1.5.	Közvetett költségek használt helyiségekre, rezsi, takarítás, IT	---	---	---	300,0	3 600,0
	Dologi költségek összesen	----	34,2	855,0	1 440,0	17 280,0

Forrás: Szerzők

11.4. táblázat A Nappali Rehabilitációs Ellátás tervezett havi és éves személyi jellegű költségei az „A” szcenárióban

Személyi jellegű költségek (eFt)	Havi bruttó bér (azonos)	A szcenárió		
		Átlagos létszám (FTE)	Havi bruttó bérköltség	Éves teljes bérköltség
Ápoló személyzet munkabére	699,0	1,5	1 048,5	12 582,0
Gyógytornászok	669,0	1,0	669,0	8 028,0
Gyógymasszőrök	538,0	1,5	807,0	9 684,0
Fizioterapeuták	521,0	1,5	781,5	9 378,0
Adminisztrátorok (orvosírnok)	551,0	1,0	551,0	6 612,0
Szakorvos	1 768,0	0,5	884,0	10 608,0
Cafeteria, egyéb költségtérítés havi átlagos költsége	60,0	7,0	420,0	5 040,0
Személyi jellegű költségek együtt	----	---	5 161,0	61 932,0
Munkáltatói közteher (Szochó)	624,8	----	670,9	8 051,2
Együtt Személyi jellegű ktg-ek és közterhek			5 831,9	69 983,2

Forrás: Szerzők

Fenti éves szintű bevételi és költség számításai alapján ebben a kiindulási verzióban, melyben **maximális 25 fős beteglétszámmal számoltunk az új nappali rehabilitációs ellátás éves költségvetése egyensúlyban tartható.** Természetesen a hatákszámítások több további verzióban és különböző mértékű dologi és személyi költség paraméterek mentén is lefuttathatók. Az éves tervezhető bevétel így elérheti a 101,4 MFt-ot, a tervezett költség pedig 99,7 MFt-ot. Alacsonyabb nappali átlagos beteglétszám mellett a közvetett és fix költségek aránya és rosszabb kihasználtság következtében a tevékenység már nagyobb mértékben veszteséges lehet, emiatt törekedni kell a tervezett és ideálisnak mondható 25 fős (később akár 30 fős) létszámú turnusok szervezésére és magas színvonalú ellátására.

Fenti éves szintű bevételi és költség számításai alapján ebben a kiindulási verzióban, melyben maximális 25 fős beteglétszámmal számoltunk az új nappali rehabilitációs ellátás éves költségvetése egyensúlyban tartható. Természetesen a hatákszámítások több további verzióban és különböző mértékű dologi és személyi költség paraméterek mentén is lefuttathatók. Az éves tervezhető bevétel így elérheti a 101,4 MFt-ot, a tervezett költség pedig 99,7 MFt-ot. Alacsonyabb nappali átlagos beteglétszám mellett a közvetett és fix költségek aránya és rosszabb kihasználtság következtében a tevékenység már nagyobb mértékben veszteséges lehet, emiatt törekedni kell a tervezett és ideálisnak mondható 25 fős (később akár 30 fős) létszámú turnusok szervezésére és magas színvonalú ellátására.

A Nappali Rehabilitációs Ellátás (NRE) kialakítását időszerűnek és jó vezetői döntésnek tartjuk több rehabilitációs szakkórház esetében. Kompletálja az Intézmény szakmai ellátási palettáját,

hozzájárul a rehabilitációs szakmai munka elmélyítéséhez, javítja a terápiás helyiségek kihasználtságát és általában hozzájárul az Intézmény méretgazdaságosságos működéséhez.

A Nappali Rehabilitációs Ellátás lehetséges működtetését két scenárióban is kiszámoltuk (A scenárió 25 fővel, B scenárió 20 fővel). Ennek eredményeként kihangsúlyozzuk, hogy NRE ellátást a nagyobb beteglétszámú kapacitással célszerű elindítani tekintettel a minimumfeltételekre és az alacsonyabb fajlagos költségekre. Előzetes számítások szerint ebben az A scenárióban az éves elérhető bevétel 100-102 Mft között alakul, a direkt költségek pedig (amortizáció és ráosztott központi költségek nélkül) nagyjából évente 88 Mft-ot tesznek ki.

11.4.5 Nappali rehabilitációs ellátás hazánkban – kapacitások és jógyakorlatok

Ebben a részben összegyűjtöttük a NEAK finanszírozott fekvőbeteg szakellátás alapján, hogy hány szolgáltatónál, milyen szakmákban és összesen mekkora kapacitásra (beteglétszám) rendelkeznek jelenleg nappali ellátási finanszírozással főként a krónikus ellátásban. Kiemelt szakmaként a pszichiátria jelenik meg, melynek oka, hogy a terápia így hatékonyabb a betegek számára, mert nem kell kikerülniük a saját lakóhelyi, családi közegből, így a terápia lezárultával könnyebb a visszailleszkedésük.

A rehabilitációs medicina esetén már más beteg és orvosszakmai motivációk merülnek fel. A betegek egy része ódzkodik beköltözni 3 hétre a kórházba. A kórházi ellátás keretében is nagyjából napi 5-6 órás terápia történik, a többi az gyakorlatilag hotel – jellegű ellátás. A kórházak számára ez költséghatékony és rugalmas megoldás, mert kisebb kubarúrával, osztályos háttérrel, kisebb éjszakai műszaki személyzettel is megfelelő számú beteget tudnak ellátni. A kórházak szempontjából fontos, hogy a betegek önállók legyenek, és kövessék a protokollon alapuló ellátás napi programbeosztását, illetve megfelelő terápiás kapacitásokkal, helyiségekkel, eszközökkel és szakszemélyzettel rendelkezzenek a nappali ellátásba érkező betegek ellátása számára is, az ágyszámhoz tartozó előírt létszámfeltételen túl is.

A NEAK finanszírozási körében legjellemzőbb a nappali pszichiátriai rehabilitációs ellátás, melyre több mint 600 napi beteglétszám van lekötve az országban. Ennek közel fele a (mozgásszervi) rehabilitációs medicina szakmai profil (312-es beteglétszámmal), amit a Hévízi Reumakórház is szeretne megvalósítani. Külön szerepel a kardiológiai, gyermek rehabilitáció és a neurológiai (stroke utáni) rehabilitáció is még számottevő kapacitással (rendre 54, 49, 47 beteglétszámmal).

Kitekintés (idézetek) – jó gyakorlatok a hazai egészségügyi ellátásban

„Itt 10-12 fős csoportokban, gyógytornászok, dietetikusok és más szakemberek segítségével, belgyógyász és kardiológus orvosaink felügyelete mellett segítünk betegeinknek a szív- és érrendszeri megbetegedésükből vagy műtétjükéből való felépülésben. A rendszer fontos eleme, hogy a betegek a rehabilitáció időszakában már nem a kórházban, hanem újra megszokott otthonukban élhetnek, miközben bejárós rendszerben a kórházban, kórházi felügyelet mellett foglalkozunk rehabilitációjukkal.

A nappali kórház célját és rendszerét egészíti ki a Kardio-tanösvény program is. A betegek gyógyulását támogató funkciókkal ellátott rehabilitációs kerttel. Szabadtéri terheléses mozgásprogramok céljából séta- és gyaloglóutak, valamint szabadtéri sporteszközök is telepítésre kerülnek.”

„A miniszteri rendeleti szabályozásnak megfelelően a kijelölt (orvos)szakmákban nappali kórházi ellátásra szerződött fekvőbeteg szakellátást nyújtó szolgáltató jelentheti a havi teljesítményt.

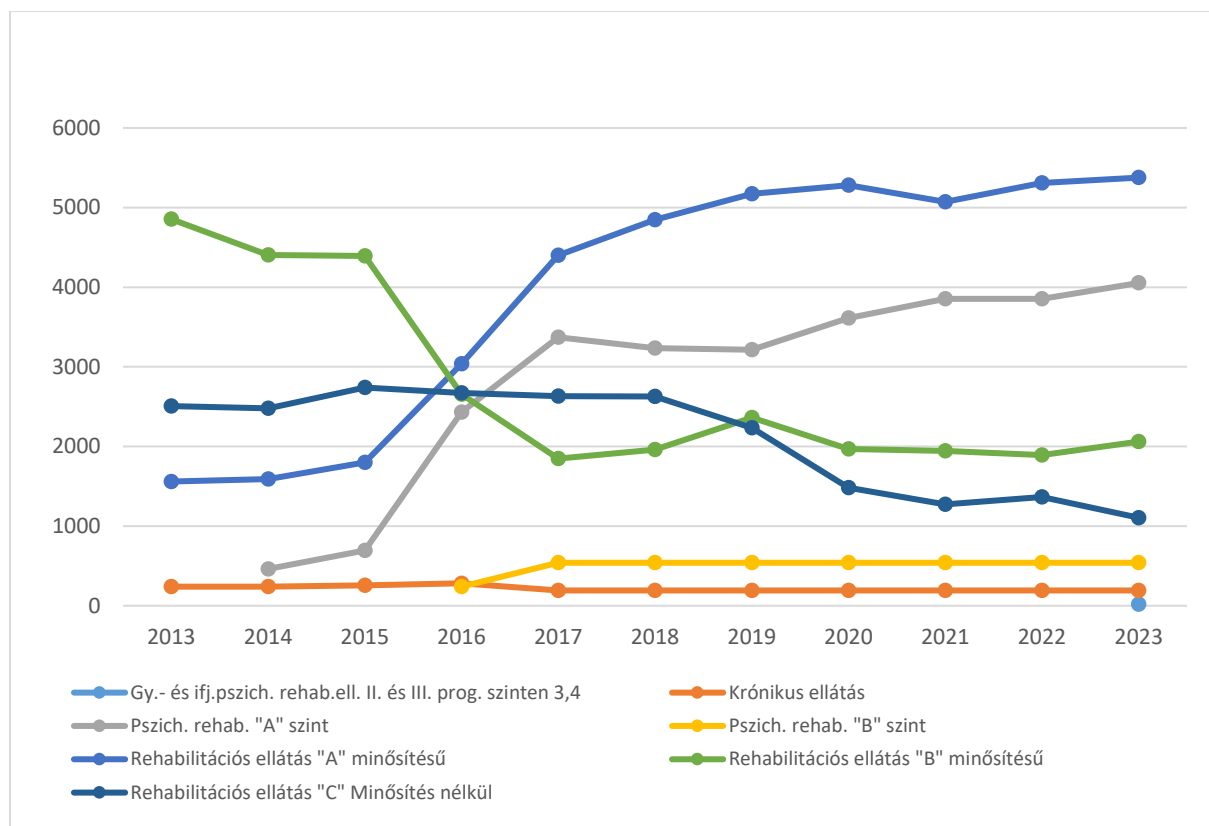
A nappali kórházi részlegen két OKJ-s felnőtt szakápoló teljesít szolgálatot reggel 7 órától - 15 óráig folyamatosan. Munkájukat diplomás nővér ellenőrzi és egy adminisztrátor segíti. A gyógyító munkáért egy osztályos orvos és az osztályvezető főorvos vállal felelősséget. 9 db infúziós szék, valamint 10 db automatikusan állítható ágy áll rendelkezésre a betegek teljes megelégedésére.

A Nappali Kórházba beutalást előzetes háziorvosi vizsgálatok után a belgyógyászati, kardiológiai, angiológiai, neurológiai, diabetológiai, urológiai, gégészeti, idegsebészeti, nőgyógyászati és bőrgyógyászati szakrendelés irányítja. A Nappali Kórházon belül belgyógyászati-nappali rész, angiológiai-nappali rész és neurológiai-nappali rész különíthető el. Célunk, hogy a betegek a terápiás lehetőséget igénybe véve gyógyulhassanak, úgy hogy az éjszakáikat otthonukban tölthessék. A nappali kórház szakmai célja továbbá a beteg teljes jólétét, egészségét visszaállítani, a rehabilitáció során a betegség által legyengített testi funkciókat regenerálni, újratanítani.”

A nappali krónikus, illetve nappali rehabilitációs ellátások tekintetében fontos megvizsgálni az elmúlt bő 10 éves időszakban az egyes vizsgálattípusokhoz tartozó esetek számának alakulását, tekintettel arra, hogy ezen időszak alatt a nappali krónikus és rehabilitációs ellátások, illetve az ezen vizsgálatokon évenkénti megforduló beteglétszám alakulása rengeteg változáson ment

keresztül. Az ábrák és számítások a Nemzeti Egészségbiztosítási Adatkezelő adatszolgáltatása alapján készültek.

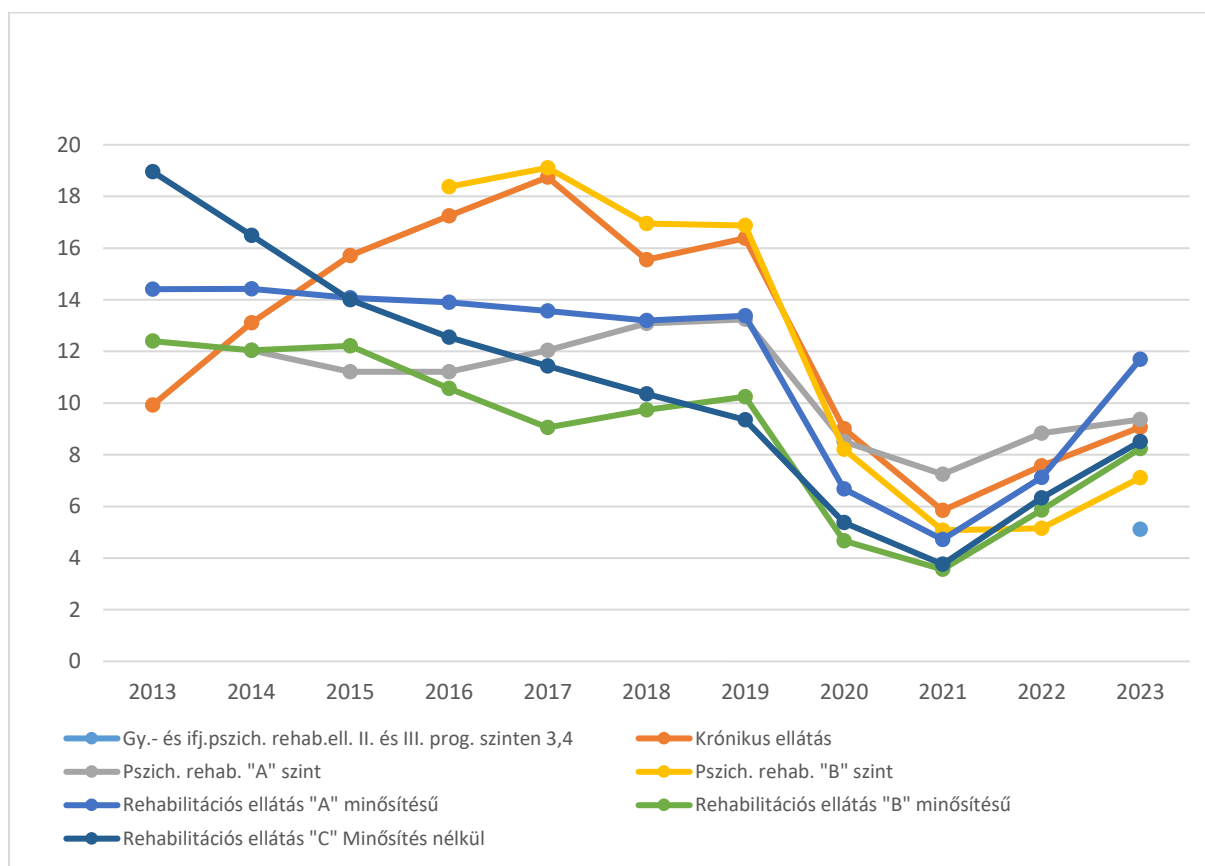
11.14. ábra Nappali krónikus és nappali rehabilitációs ellátás beteglétszám 2013-2023 (fő)



Forrás: Szerzők

A fenti ábrán látható, hogy 2013-ban 4, míg 2023-ban már 7 vizsgálatitípust tartottak nyilván a nappali krónikus és nappali rehabilitációs osztályokon, ám ennél sokkal érdekesebb ezek esetszámainak alakulása. Szemmel látható, hogy a „kakuktktojás” nappali krónikus ellátásokon közel sem fordult meg annyi beteg, ahány a rehabilitációs ellátásokon, melynek legfőbb oka, hogy az egészségi állapotából kifolyólag nem gyakori a krónikus betegségben szenvedő páciensek nappali ellátás keretében történő gondozása, ennek megfelelően ezen ellátásra az az igény lényegesen alacsonyabb, mint a „sima”, mondhatni teljes felügyelet mellett történő kórházi krónikus ellátásra, melyről a korábbi fejezetek informálnak. Jobban megvizsgálva a grafikont, feltűnik, hogy az „A” típusú rehabilitációs ellátások esetszámai ugrottak a legnagyobbat, más alsóbb szintűnek minősített rehabilitációs ellátások ugyan az A típusúhoz képest kisebb ütemben, de visszaestek.

11.15. ábra Nappali krónikus és nappali rehabilitációs ellátás átlagos ápolási nap 2013-2023 (nap)



Forrás: Szerzők

A nappali krónikus és nappali rehabilitációs ellátásnál az esetszám mellett fontos megemlíteni az átlagos ápolási napok számát is, mely egy adott évre vetítve az összes ellátott eset illetve az összes ápolási nap hányadosa. A diagrammon jól látható, hogy a nappali rehabilitációs ellátás vonatkozásában az évek során az átlagos ápolási nap a COVID-19 előtt egyes szakmáknál stagnált, vagy csökkent, míg a nappali krónikus ellátás esetén ellentétes trend mutatkozott a járvány előtti időszakban, az átlagos ápolási napok száma évről évre nőtt. A nappali krónikus ellátásban az ápolási napok hosszának növekedésének egyik oka az idősödő társadalomból fakadó egyre több demens eset, akik hosszabb ellátási ciklusokra szorulnak nappali krónikus ellátás tekintetében. A COVID-19 idején történő egészségügyi ellátás visszaesését ez az ábra is megfelelően szemlélteti, az átlagos ápolási napok minden szakmában bezuhantak 4-8 nap közé.

11.5 A Rehabilitációs Ellátási Programok (REP-ek) céljai, jellemzői és bevezetésének üteme

A rehabilitációs fekvőbeteg-ellátás finanszírozása a mai napig napidíj alapján történik, melyet ún. krónikus szorzókkal korrigálnak, de a finanszírozás nem veszi figyelembe sem az elvégzett munkát, sem a beteg állapotában bekövetkezett változást. Továbbá a rehabilitációs fekvőbeteg-ellátásban bevezetett, jogszabályokban nevesített ellenőrzések (a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő a rehabilitációs medicina alaptevékenység szakmában működő szervezeti egységeket a korábban ismertetett minőségi indikátorok alapján ellenőrzi évente egyszer, míg a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ az összes többi szervezeti egység esetében az ún. minimum feltételek meglétét vizsgálja) hatékonysága és célszerűsége is megkérdőjelezhető, illetve egyik sem értékeli szakmai munka minőségét. Mindezt, illetve a napidíj alapú finanszírozás hátrányát a szakma is érzékelte és célul tűzte ki, hogy a teljesítmény alapú finanszírozás feltételrendszerét az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel együttműködve kidolgozzák.

Ezen cél megvalósításának első lépéseként jelent meg 2010-ben az akkori Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális Medicina, Rehabilitáció és Gyógyászati Segédeszköz Tagozat és Tanács által készített Rehabilitációs Ellátási Programok Kézikönyve (továbbiakban Kézikönyv). A Kézikönyv legfrissebb verziója is tartalmazza a 2010-ben megfogalmazott célt: „A Rehabilitációs Ellátási Programok rendszere az ellátás szervezésének, a betegutak kialakításának és az egyének állapot súlyosságához – ezáltal rehabilitációs szükségletének összetettségéhez és a betegek ellátásának biztonságosságához igazodó ellátórendszeri feltételeket határozza meg.” A Kézikönyv 2010-es közzétételét követően a kapcsolódó jogszabályokban (az ún. minimumrendeletben és finanszírozási jogszabályokban) is megjelentek a Rehabilitációs Ellátási Programokra (továbbiakban REP) történő utalások.

A következő években a szakma a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel közösen átdolgozta a REP-eket, a Kézikönyvet és az aktív fekvőbeteg-ellátásban már jól ismert teljesítmény alapú finanszírozáshoz hasonló kódolási algoritmust (ún. besorolót) készítettek az egyes REP-ekhez. Tekintettel arra, hogy a napi díj alapú finanszírozáshoz kapcsolódó jelentési kötelezettségek képest a kialakított új kódolási rendszer nagymértékben eltér, ezért a kidolgozott új kódolási rendszert tesztelésnek vetették alá. Az első próbaidőszak 2016. január 1-vel kezdődött, mely fél évig tartott. A tesztelésben 32 intézmény 42 szervezeti egysége vett részt.

Az új kódolási rendszer komoly feladatot jelentett a résztvevők számára tekintettel a korábbiaktól nagymértékben eltérő előírásokra. A helyzetet tovább nehezítette, hogy sok esetben a medikai szoftverek fejlesztése sem készült el a tesztidőszak kezdetére.

A tesztidőszakot követően az egészségbiztosító a szakma bevonásával megkezdte az adatok feldolgozását, ennek alapján közösen úgy ítélték meg, hogy a szükséges mind a Kézikönyv, mind az akkori besoroló felülvizsgálata, átdolgozása. Az adatokat és az időközben megfogalmazott új szempontokat is figyelembe vevő munka másfél évet vett igénybe, 2018-ra sikerült átdolgozni mind a két dokumentumot. A nagymértékű átalakításra tekintettel újabb tesztelés következett. A második fél éves próbaidőszak 2018. március 1-vel indult, melyben 31 intézmény 35 osztálya vett végig részt. Az első havi jelentett adatok alapján derült ki, hogy több intézménynél a medikai szoftver módosítására nem került sor, azaz a szolgáltatók a korábbi előírásoknak megfelelő kódolást tudták csak elvégezni, különben az ellátási eseményt nem tudták lezárni és nem tudták megküldeni a havi jelentésben. Mint utóbb kiderült a szolgáltatóknak számos további problémával (felsővezetői támogatás hiánya, információ hiány) is szembe kellett nézniük a rehabilitációs fekvőbeteg-ellátás adatjelentéseivel kapcsolatosan, így a második tesztidőszak meglehetősen problémásra sikerült.

A szakma és a NEAK a második tesztidőszakot követően, a beküldött jelentési adatok, illetve a fél év alatt végzett személyes egyeztetések alapján a kódolási rendszer további egyszerűsítése mellett döntöttek és 2019 őszére közösen kidolgozták a jogszabályi háttérét. A jogalkotási folyamat majd két évbe telt, a COVID alatt 2021 nyarán jelent meg a vonatkozó jogszabály (a gyógyító-megelőző ellátás jogcímén az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható rehabilitációs ellátási programcsoportok kódolási szabályairól szóló 26/2021. (VI. 28.) EMMI rendelet). Ezzel párhuzamosan a 43/1999. Kr. módosítására is sor került. A REP szerinti kódolás mindenki számára kötelezővé vált, a Korm. r. értelmében 2021. november 1-ét követően kezdődő ellátások nem megfelelő kódolása esetén finanszírozási visszatartást von magával és az ellátásért járó napidíjat egészen addig nem kapja meg a szolgáltató, amíg a hibát nem javítják (36. § (6)-(7), illetve 76/Z. § (8)). Az egészségbiztosító minden havi visszaigazolásnál a REP hibákat külön megküldte minden szolgáltatónak, készített egy nagyon jól használható segédletet, mely sajnálatos módon a Finanszírozási Osztályokról nem jutott el a rehabilitációs ellátásban résztvevőkhöz, mely eleinte nem okozott problémát tekintettel arra, hogy 2021 novemberében az egész ellátórendszerben bázisfinanszírozás volt. Így a hibázásnak, vagy kódolás elmaradásnak semmilyen következménye nem volt, egészen a teljesítmény alapú finanszírozás visszaállításáig.

Az új kódolási szabályokat valamennyi rehabilitációs szakmában – a pszichiátriai, addiktológiai és nappali ellátást végzők kivételével – működő fekvőbeteg-ellátást végző szervezeti egység számára kötelező alkalmazni. Ezen ellátáshoz nem került másik adatlap bevezetésre, ugyanúgy a fekvőbeteg-ellátás adatlapján kell az ellátási adatokat az egészségbiztosító felé jelenteni. Ez viszont azt is jelentette, hogy a medikai szoftver fejlesztői nem készítettek felhasználóbarát, kódolást segítő felületet, hanem az aktív fekvőbeteg-ellátás kódolási felületét kismértékben módosította, de a bonyolult előírásoknak megfelelés így nehezen ellenőrizhető. Az alábbi speciális szabályokat érdemes kiemelni:

- A felvétel típusánál rögzítendő a tervezett REP ellátás típusa (programozott, vagy elsőbbségi rehabilitáció),
- Diagnózisok között jelentendő:
 - felvételnél és távozáskor ugyanaz a 10-10 FNO kód a beteg állapotának megfelelő súlyossági fokozattal,
 - funkcionális teszt eredményét a felvételnél és az elbocsátáskor:
 - a FIM,
 - a motoros FIM, valamint
 - a rehabilitációt igénylő funkcionális állapotot specifikusan leíró tesztek közül legalább egyet
- Beavatkozások között rögzítendő:
 - a tervezett REP ellátás kódját,
 - a beteg terápiája során elvégzett beavatkozásokat (mint például gyógytorna, logopédia, stb.), ha azt a szolgáltató más szervezeti egységéről nem jelenti le.

A rehabilitációs ellátásban bevezetett kódolási követelmények nagyobb adminisztrációs terhet jelentenek az ellátásban résztvevők számára, mint ahogy azt az aktív fekvőbeteg-ellátásban megszoktuk. Mivel mindezidáig az egészségbiztosító a rehabilitációban végzett tevékenységről nem rendelkezett adattal, így nem tudták meghatározni a besorolási szempontokat, az egyes ellátások során bekövetkezett, elvárt egészségi állapotban bekövetkezett változást (ezt a funkcionális tesztekkel immár számszerűsíthetővé tették), illetve az egyes REP-ek finanszírozási paramétereit sem (az elvégzett beavatkozások kódolása alapján már egyre jobban becsülhető).

A NEAK tervei szerint a teljesítmény alapú finanszírozás bevezetésekor a kódolási szabályokat egyszerűsítik és a későbbiekben az aktív fekvőbeteg-ellátásból jól ismert HBCs-hez hasonló egyszerű algoritmuson alapú besorolás szerint történik majd a rehabilitációs ellátás finanszírozása is.

11.6 Hospice – palliatív ellátás és finanszírozásának jelentősége

A Krónikus fekvőbeteg szakellátás finanszírozásán belül a fekvőbeteg hospice ellátás ugyan alacsony kapacitás (néhány száz ágyat) tesz ki a több mint 20 ezer krónikus-rehabilitációs ágyhoz képest, és ennek megfelelően a részesedése a Krónikus kassza finanszírozásából is csupán néhány 1,0 – 1,5%-ot tesz ki, szakmailag mégis külön tételként kezelendő. Ennek fő indoka az igénybevevők, ellátandó főként végstádiumú betegek intenzív szakápolási igénye, és a szakorvosi munka fontossága és intenzitása, mely jóval nagyobb, min például a krónikus belgyógyászati osztályokon. (Csikós, 2023) A szakmai szabályozásban is külön szakmakóddal rendelkezik ez az ellátási terület, azon belül is külön a felnőtt (7306 felnőtt hospice-palliatív ellátás) és a gyermekellátás (7310 gyermek palliatív ellátás). A hospice-palliatív ellátás dinamikáját jelzi, hogy a svájci-magyar államközi megállapodásnak köszönhetően 2024. év elejétől a Svájci Alapból egy öt éves projekt indult meg (SH-09-HEP), aminek 5 fő beavatkozási területe van. Ebből az ún PC1 intézkedés az aktív kórházi osztályos és kórházakon belül a mobil teamek hálózatának kialakítását célozza meg, amely végülis kikerül a krónikus finanszírozás és kassza köréből.

11.7 Összefoglaló: 34 év időszakának főbb fázisai

A krónikus és rehabilitációs ellátások kasszájáról igen kevés szó esik a kórházszektor struktúraváltása és kórházak eladósodása és az aktív fekvőbeteg szakellátásban használt Homogén Betegségcsoportok (HBCs) alapú finanszírozás kemény kritikái mellett. Ugyanakkor ennek az ellátási formának elévülhetetlen feladata, hogy javítsa az aktív ellátás hatékonyságát, időben át tudja venni a napi szintű aktív ellátást már nem igénylő fekvőbeteg szakellátási eseteket, hogy azok a „ágyak” ne duguljanak be, és a betegek az állapotuknak legmegfelelőbb ellátásba kerüljenek. Külön jelentősége van orvosszakmailag a mozgásszervi, a kardiológiai, tüdő- és pszichiátriai rehabilitációnak, illetve a hospice ellátásnak, amelyek utcáról, külön beutalóval is igénybevehetők (nem csak az aktív osztályokról való közvetlen áthelyezéssel)

A fejezet célja az volt, hogy áttekintést adjon ennek a „kasszának” az összetételéről és szakmai tartalmáról hiszen nem homogén ellátási tartalomról van szó (krónikus ellátás, rehabilitáció, pszichiátria, hospice, ápolás).

A „kassza” kiadásának súlyáról és annak időbeli változásáról az elmúlt 30 év során a Gyógyító-Megelőző ellátásokon belül, az aktív fekvőbeteg szakellátás vagy más jelentősebb kiadási tételekhez viszonyítva. Továbbá bemutassa az elmúlt két évtizedből olyan programokat, reformokat, melyek jelentős kapacitás-átrendezést (2007-es 35%-os ágyszám bővülés, nappali rehabilitációs ellátások terjedése), vagy szakmai megújulást eredményeztek (minőségi indikátorok bevezetése 2004-től, REP program felépítése és indítása 2009-től), vagy éppen a szociális ellátási határületet kívánták pontosan leszabályozni (ápolási ágyak átadása a szociális szektor számára). Természetesen az ellátás és orvosszakmai programok részletes bemutatására ebben a jegyzetben nem vállalkoztunk, azokat orvosszakmai szakkönyvek, más egyetemi jegyzetek tartalmazzák (pld a rehabilitációs ellátásról, krónikus belgyógyászatról, pszichiátriai ellátásról vagy palliatív ellátásról).

11.8 Kontrollkérdések

- a. Melyek a napidíjas finanszírozás (ösztönzés) és a HBCS alapú esetfinanszírozás közötti különbségek?
- b. Milyen fontosabb periódusokra lehet bontani a krónikus-rehabilitációs kassza fejlődését a '90-es évek közepétől?
- c. Milyen célokat valósít meg a Rehabilitációs Ellátási Program (REP)?
- d. A rehabilitációs ellátásban ki kezdeményezte a teljesítmény alapú finanszírozásra történő áttérést a napidíj alapú finanszírozásról?
- e. Miért elkötelezett a rehabilitációs orvosi szakma a REP alapú finanszírozás bevezetésében?
- f. Milyen előnyei lehetnek a nappali kórházi ellátás bevezetésének az egészségügyi intézmény és milyen a betegek számára?
- g. Milyen nehézségekkel kell szembenézni a teljesítmény alapú finanszírozási rendszer tesztelése során a rehabilitációs ellátásban?
- h. Miben különbözik a Hospice osztály és az Ápolási osztály?

11.9 Kulcsfogalmak és rövidítések

- Napidíj alapú finanszírozás
- Krónikus szorzó
- Teljesítmény alapú finanszírozás
- Minősített rehabilitáció, kiemelt rehabilitáció

- Krónikus rehabilitációs betegellátás
- Pszichiátriai rehabilitáció
- Nappali (rehabilitációs vagy kórházi) ellátás
- REP – Rehabilitációs Ellátási Programok
- REP – terv
- FNO – Funkció képességek Nemzetközi Osztályozása
- Hospice-palliatív ellátás
- Tartós ápolás, Hosszú távú ellátás

11.10 Ábra és táblázatjegyzék

11.1. ábra A Krónikus kasszából történő kifizetések aránya más, nagyobb alrendszerekhez viszonyítva 1995-2023 (%)	8
11.2. ábra A Krónikus kasszából történő kifizetések aránya más, nagyobb alrendszerekhez és az aktív kasszához viszonyítva 1995-2023 (%).....	9
11.3. ábra Krónikus kórházi ágyak alakulása 2007-2024 (db)	10
11.4. ábra Krónikus osztályról elbocsátott betegek száma 2003 – 2024 (fő)	11
11.5. ábra Krónikus esetszámok aránya az aktív esetszámokhoz viszonyítva 2003-2024 (%)	12
11.6. ábra Krónikus osztályon lévő szakmák ágyszámai 2010. évben.....	13
11.7. ábra Krónikus osztályon lévő szakmák esetszámai 2010. évben	13
11.8. ábra Országos ágykihasználás 2003-2011 (%).....	14
11.9. ábra Országos ágykihasználás 2012-2024 (%).....	15
11.10. ábra A krónikus osztályokon lévő szakmák ágyszámai és esetszámai 2012, 2024. években (ágyszám, esetszám, %).....	16
11.11. ábra krónikus osztályok halálozási rátája 2003-2024 között (%)	18
11.12. ábra Nappali ellátási profilok NEAK finanszírozásban 2024.....	21
11.13. ábra A nappali rehabilitációs ellátás bevezetésének főbb lépései.....	22
11.14. ábra Nappali krónikus és nappali rehabilitációs ellátás beteglétszám 2013-2023 (fő).....	30
11.15. ábra Nappali krónikus és nappali rehabilitációs ellátás átlagos ápolási nap 2013-2023 (nap)..	31
11.1. táblázat Finanszírozási rendelet 8. sz. mellékletének alakulása	6
11.2. táblázat A Nappali Rehabilitációs Ellátás bevételeinek meghatározó paraméterei	25
11.3. táblázat A Nappali Rehabilitációs Ellátás tervezett havi és éves dologi költségei az „A” szcenárióban.....	26
11.4. táblázat A Nappali Rehabilitációs Ellátás tervezett havi és éves személyi jellegű költségei az „A” szcenárióban.....	27

11.11 Hivatkozások

- Dózsa Cs., Cseh B. (2023) 11. fejezet A magyar egészségügy szervezete és működése: Egészségügyi szakellátás. In Megelőző Orvostan és Népegészségtan szerk. Ádány R. et al. Medicina Könyvkiadó Zrt.

- Dózsa Cs. (2023) 11. fejezet Finanszírozás az egészségügyben: Forrásallokáció – Az egészségügyi ellátások finanszírozása. In Megelőző Orvostan és Népegészségtan szerk. Ádány R. et al. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Dózsa Cs., Zemplényi A. (2022) 1.4. fejezet A palliatív ellátás gazdasági és finanszírozási vonatkozásai. In Palliatív ellátás szerk. Csikós Ágnes, Semmelweis Kiadó.
- Dózsa Cs., László T., Palaticz E. (2014) Sok-e vagy kevés Magyarországon a kórházi ágy? A hazai aktív fekvőbeteg szakellátás kapacitásainak és teljesítmény mutatóinak elemzése nemzetközi kitekintésben. IME különszám pp. 17-24. , 8 p. (2014)
- Dózsa Cs Jankus K., Helter TM. (2019) Structural Changes in the Hungarian Healthcare System Between 2000 and 2017. VALUE IN HEALTH REGIONAL ISSUES 19 pp. 92-98., 7 p. (2019)
- Dózsa Cs., Cseh, B., Borcsek B. (2015) Analysis of nursing activities and health care need in residential social care institutions in Hungary. ISPOR 18th Annual European Congress, 7-11 November 2015 Milan, Italy.
- FNO (Funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása) kézikönyv, OEP, 2003.
- Gresz M., Farkas Borbás F., Dózsa Cs. (2016) A hosszú távú ellátások kapacitás- és igénybevételi adatainak elemzése – úttalan utakon... IME, XV. évf. 2. szám. 7-12. oldal
- Kullmann L., Kullmann P., Cserhádi Z., Dénes Z. Integrált rehabilitációs ellátás II.: Nemzetközi tapasztalatok és tanulságok, Szeptember 2023. IME - Az egészségügyi vezetők szaklapja Vol 22(3), 5-11. old., DOI: 10.53020/IME-2023-301
- NEAK (2025). https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/fekvobeteg_korhazi_ellatas/fekvobeteg_ellatas
- OEP évkönyvek 1992-2016, NEAK Évkönyvek 2017-2020.
- Sipos J., Németh J., Dr. Cserhádi P. A Rehabilitációs Ellátási Programok rendszerének lényegi elemei, kialakulása, célja. A Rehabilitációs Ellátási Programok bevezetésének értékelése. Az első próbaszakasz szervezői (menedzsment és informatika) tapasztalatai. Melléklet (letöltés dátuma: 2025. XI. 08.) chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcgclcfndmkaj/https://rehab.hu/upload/rehab/magazine/rh1801_2_14.pdf
- Rehabilitációs Ellátási Programok Kézikönyve - Egészségügyi Szakmai Kollégium Rehabilitáció, Fizikális medicina és Gyógyászati segédeszköz Tagozat és Tanácsa 2009. szeptember – 2010. május, Revízió 3: 2017.december-2018. február. https://rehab.hu/upload/rehab/document/rehabilitacios_ellatasi_programok_rep_1-18_rep_2018_februar.pdf (2025.07.05.)
- Svájci Alap - Pályázati felhívás az SM09-HEP „Hospice-palliatív ellátási program” program keretében, <https://svajcialap.hu/palyazatok/palyazati-felhivas-az-sm09-hep-hospice-palliativ-ellatasi-program-program-kereteben>
- Funkcióképesség, a fogyatékoság és az egészség nemzetközi osztályozása. Fogyatékoságtudományi Tanulmányok XX. (Disability Studies), ELTE Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 2009.

- Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia, 2030. EMMI, 2020.

Jogszabályok:

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- Éves Költségvetési Tv-ek és zárszámadási Tv-ek
- 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről
- 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- 96/2000. (XII. 11.) OGY határozat a kábítószer-probléma visszaszorítása érdekében készített nemzeti stratégiai program elfogadásáról

11.12 Melléklet

1. Melléklet: Krónikus kassza aránya más, nagyobb kasszák arányához viszonyítva (adatok milliárd forintban)

Évszám	E. Alap	Természetbeni ellátások	Gyógyító megelőző ellátások	Aktív fekvőbeteg szakellátás	Krónikus fekvőbeteg szakellátás	Krónikus /E.Alap	Krónikus /Természetbeni	Krónikus /GYM	Krónikus /Aktív
1995	445,1	275,9	191,0	101,109	11,52	2,59%	4,18%	6,03%	11,39%
1996	509,0	326,2	224,8	119,849	13,77	2,71%	4,22%	6,12%	11,49%
1997	553,9	390,0	268,0	138,027	15,932	2,88%	4,08%	5,94%	11,54%
1998	632,2	458,5	299,1	159,4642	18,7662	2,97%	4,09%	6,27%	11,77%
1999	701,2	504,2	338,9	182,5138	21,1366	3,01%	4,19%	6,24%	11,58%
2000	797,7	556,3	376,1	191,1051	22,9448	2,88%	4,12%	6,10%	12,01%
2001	915,0	623,4	410,3	214,8633	25,7538	2,81%	4,13%	6,28%	11,99%
2002	1 111,2	750,3	502,9	254,7133	28,3588	2,55%	3,78%	5,64%	11,13%
2003	1 335,4	920,3	623,0	327,2112	34,8544	2,61%	3,79%	5,59%	10,65%
2004	1 443,8	998,6	654,6	332,6157	38,0731	2,64%	3,81%	5,82%	11,45%
2005	1 579,9	1 100,4	694,5	354,1492	41,0253	2,60%	3,73%	5,91%	11,58%

2006	1 678,7	1 165,6	714,0	360,9688	41,7805	2,49%	3,58%	5,85%	11,57%
2007	1 648,6	1 090,1	718,7	335,1091	46,6114	2,83%	4,28%	6,49%	13,91%
2008	1 445,1	1 136,3	757,2	353,8666	56,6423	3,92%	4,98%	7,48%	16,01%
2009	1 418,8	1 123,2	719,0	324,2214	58,6987	4,14%	5,23%	8,16%	18,10%
2010	1 476,7	1 208,0	791,0	341,457	65,3249	4,42%	5,41%	8,26%	19,13%
2011	1 486,5	1 249,1	806,9	347,9798	62,8345	4,23%	5,03%	7,79%	18,06%
2012	1 791,5	1 223,2	842,1	351,7605	63,6631	3,55%	5,20%	7,56%	18,10%
2013	1 848,6	1 271,7	908,0	344,1337	63,0425	3,41%	4,96%	6,94%	18,32%
2014	1 907,2	1 325,5	945,6	363,4564	64,0086	3,36%	4,83%	6,77%	17,61%
2015	1 956,1	1 369,4	960,6	357,5453	63,9379	3,27%	4,67%	6,66%	17,88%
2016	2 129,2	1 530,5	1 089,9	380,6458	67,6964	3,18%	4,42%	6,21%	17,78%
2017	2 262,5	1 625,9	1 196,2	457,2605	80,0645	3,54%	4,92%	6,69%	17,51%
2018	2 422,4	1 750,7	1 306,3	500,2983	85,7257	3,54%	4,90%	6,56%	17,13%
2019	2 441,4	1 731,5	1 272,9	529,4567	86,0817	3,53%	4,97%	6,76%	16,26%
2020	2 702,1	1 922,9	1 429,3	530,3987	83,7975	3,10%	4,36%	5,86%	15,80%
2021	3 399,6	2 541,5	1 926,5	545,9036	82,5887	2,43%	3,25%	4,29%	15,13%
2022	3 739,4	2 754,2	2 203,2	558,1162	86,0442	2,30%	3,12%	3,91%	15,42%
2023	4 121,4	3 029,3	2 414,1	552,0884	72,6476	1,76%	2,40%	3,01%	13,16%

Forrás: Szerzők

12. Gyógyászati segédeszközök definiálása, osztályozási rendszere ISO csoportok

Szerzők: Benke Tibor, Tóth Melanie Éva, Dózsa Csaba László

Tartalom

12.	Gyógyászati segédeszközök definiálása, osztályozási rendszere ISO csoportok .	1
12.1.	Bevezetés, problémafelvetés	2
12.2.	A gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos fogalmak a nemzetközi térben	3
12.3.	A gyógyászati segédeszköz-fogalom alakulása a hazai jogszabályokban	4
12.4.	A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási kérdései a magyar jogban	7
12.4.1.	Magyarország Alaptörvénye és a gyógyászati segédeszközök	7
12.4.2.	Jelentősebb törvények és a gyógyászati segédeszközök	8
12.5.	A gyógyászati segédeszközök támogatásának rövid története a rendeletek tükrében.....	11
12.6.	A hatályos gyógyászatisegédeszköz-támogatási rendeletek	16
12.6.1.	A befogadási rendelet	16
12.6.2.	A 451/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet	26
12.6.3.	A GYSE-kérelmek és döntések száma (2010-2024).....	29
12.7.	GYSE (makro számok) támogatás számokban.....	30
12.7.1.	Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak makroszintű áttekintése (1995-2025)	30
12.7.2.	Az E. Alap gyógyászatisegédeszköz-kiadásai (1995-2025)	35
12.8.	Kontrollkérdések.....	46
12.9.	Kulcsfogalmak és rövidítések.....	46
12.10.	Ábra és táblázat jegyzék	47
12.11.	Hivatkozások.....	48
12.12.	Melléklet	50

12.1. Bevezetés, problémafelvetés

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) számításai szerint napjainkban a világon mintegy egymilliárd embernek van szüksége valamilyen életvitelt támogató segédeszközre. A társadalmak idősödésével ez a szám 2050-re kétmilliárd fölé fog emelkedni. A probléma súlyát növeli, hogy a segédeszközre szorulóknak mintegy 90%-a nem jut megfelelő eszközhez (Finch et al, 2014).

Mindennek köszönhetően az ENSZ Közgyűlése 2013-ban felvette a 2030-ig megvalósítandó Fenntartható Fejlesztési Célok közé a segédeszközök hozzáférhetőségének javítását (Menich, 2021)

Magyarországon is hasonló arányban élnek valamilyen támogató eszközre legalább időszakosan szoruló emberek. A legfrissebb, 2022-ben lezajlott népszámláláson a korábbi censusokhoz hasonlóan több szempontból vizsgálták a lakosság egészségi állapotát, benne a valamilyen korlátozottsággal, fogyatékkal élők számát, helyzetét. Annak ellenére, hogy teljeskörű lakossági adatfelvételtől beszélhetünk, nem állnak rendelkezésre mindenkiről az egészségi adatok, mivel a szenzitív információkra való tekintettel ezekre a kérdésekre önkéntes volt a válaszadás, amit kihasználva jelentős számú volt a válaszmegtagadás. Annyi azonban bizonyos, hogy az 5 éven felüliek közül mintegy 2,5 millióan élnek valamiféle korlátozottsággal (közel ugyanennyien nem válaszoltak az ezt feltáró kérdésekre) (Népszámlálás 2022) Közülük kb. felük, tehát nagyságrendileg egymillió ember szorul valamilyen támogató eszközre a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége számításai szerint (14/2007. (III. 14.) EüM rendelet). Nagyságrendileg hasonló számot mutatnak a 2016-os mikrocensus adatai is, miszerint közel 1,5 millióan érzik úgy, hogy egészségi állapotuk miatt akadályozottak hétköznapi tevékenységeikben (8/1988. (VIII. 1.) SZEM rendelet, 62.017/1986. (Eü. K. 18.) EüM tájékoztató). A hazai népszámlálási adatok alátámasztják azt a világszinten is megfigyelhető összefüggést, miszerint a valamilyen korlátozottsággal élők anyagi helyzete az átlagnépességhez képest rosszabb, ami növeli a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási (TB) jelentőségét.

„A nemzetközi trendekhez hasonlóan a magyar népességben is a szükségletek növekedésére lehet számítani, amely szükségletek nem kötődnek feltétlenül diagnózishoz kötött fogyatékosághoz vagy egészségkárosodáshoz, a potenciális felhasználók csoportja heterogén, széles és egyre nő” – összegzi a helyzetet Menich Nóra (Menich, 2021).

12.2. A gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos fogalmak a nemzetközi térben

Krisztus előtt 950 és 710 között készült Egyiptomban, Luxorban az a lábujj protézis, amiről a kutatók úgy tartják, a világtörténelem első mesterséges tagja lehet (Menich, 2021). A gyógyászati segédeszközök története tehát minegy 3000 évre tekint vissza. De mit is értünk gyógyászati segédeszköz alatt? Helyes-e, kifejező-e ez a fogalom, vagy célravezetőbb más megnevezéseket alkalmazni? Ebben a fejezetben a nemzetközi és hazai szakirodalomban leggyakrabban előforduló fogalmakat tekintjük át főként Menich Nóra kutatásai alapján (Menich, 2021). Elsőként néhány meghatározó nemzetközi dokumentumot tekintünk át.

„Az önálló életvitelt támogató eszközöket a nemzetközi szakirodalomban a nyolcvanas évek óta használatos „assistive technology” (AT) ernyőfogalom foglalja össze. A meghatározás bár viszonylag új, fordítása a magyar nyelvben alig terjedt el. A Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményben [...] szerepel [...] az „assistive technology” kifejezés, az elfogadásáról szóló törvény magyarul támogató-segítő eszközként, azaz támogató technológiaként utal rá. Mégis a jogalkotó fogalomhasználata nem következetes: hol segédeszköz, hol gyógyászati segédeszköz kifejezéseket találunk a vonatkozó jogi dokumentumokban, ráadásul helyenként eltérő tartalommal.” (Menich, 2021)

A támogató technológia fogalom kialakulásának előzménye az 1960-as években a fogyatékossg megközelítésében kibontakozó paradigmaváltás volt „Ez a változás a segédeszközök nevében és definíciójuk tartalmában is felfedezhető: az egészségügyi eszközök, rehabilitációs eszközök (a nemzetközi szakirodalomban „aid”, „medical aid”, „medical device” stb.) megnevezések helyett a(z önálló életvitelt) támogató eszközök és technológia („assistive device”, „assistive technology”) kifejezést kezdték használni a szakemberek és az érintettek.” (Menich, 2021)

Az „assistive technology device” kifejezést elsőként az Amerikai Egyesült Államokban vezették be és definiálták az 1988-ban elfogadott, a fogyatékossgal élő személyeknek szóló technológiai alapú segítségről szóló törvényben (Technology Related Assistance to Individuals with Disabilities Act of 1988), amelyben így határozták meg a fogalmat „bármely kereskedelmi forgalomba hozott, kész, átalakított vagy személyre szabott termék, berendezési tárgy, eszköz, amit azért használnak, hogy a fogyatékossgal élő személyek funkcionális képességeit erősítse növelje, megtartsa vagy fejlessze”. E

definíció analógiájára határozta meg a törvény a támogató technológiai szolgáltatásokat is („assistive technology services”) (Menich, 2021).

A nemzetközi szakirodalomban az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által használt támogató eszköz („assistive device”) és támogató technológia („assistive technology”) fogalmakat használják:

„1. a támogató eszközök olyan testen kívüli eszközök, amelyek elsődleges célja, hogy fenntartsák vagy fejlesszék az egyén képességeit és önállóságát, ezáltal hozzájáruljanak a jólétéhez;

2. a támogató technológia kifejezés – az egészségügyi technológiák részhalmazaként – olyan segédeszközökre, valamint hozzájuk kapcsolódó rendszerekre és szolgáltatásokra utal, amelyek azért jöttek létre, hogy fenntartsák vagy fejlesszék az egyén képességeit, ezáltal hozzájáruljanak a jólétéhez.” (WHO, 2018)

Ugyanez a szemlélet tükröződik az ISO:9999 szabványban (International Organization for Standardization: Assistive products for persons with disability – Classification and terminology). Ez a dokumentum TB szempontból kiemelt jelentőségű, hiszen ahogyan látni fogjuk, a hazai gyógyászati segédeszköz-támogatás az ezen szabványban szereplő, funkciócsoportokba rendezett eszközök listáján alapul. A szabvány szerint támogató technológia „bármely, fogyatékossgal élő emberek által vagy érdekében használt, speciálisan tervezett vagy általánosan elérhető termék (köztük eszközök, berendezések, készülékek és szoftverek), amik a társadalmi részvételt, a testi funkciók és tevékenységek támogatását, fejlesztését, mérését vagy helyettesítését szolgálják, illetve a károsodás, a tevékenységbéli akadályozottság vagy a társadalmi részvétel korlátozottságának megelőzésében használatosak.” (Menich, 2021)

12.3. A gyógyászati segédeszköz-fogalom alakulása a hazai jogszabályokban

Ami a kifejezés magyarországi történetét illeti, megállapíthatjuk, hogy a „gyógyászati segédeszköz” fogalom már az egyik első magyar, modern biztosítási törvényben felfedezhető (1891. évi XIV. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről). A fogalom magyarázat, definíció nélkül jelenik meg a jogszabályban, ami azt sugallja, hogy a gyógyászati segédeszköz mindenki számára közzismert, általánosan használt kategória. A betegsegélyező pénztártagoknak járó juttatásokat szabályozó 7.§ b) bekezdése ugyanis így rendelkezik: „gyógyszereket és a

szükséges gyógyászati segédeszközöket (szemüveg, mankó, sérvkötő stb.) húsz héten át szintén ingyen” [kell biztosítani].

Noha a gyógyászati segédeszköz fogalma mintegy másfél évszázada él a hazai jogszabályokban, Menich Nóra átfogó kutatásai szerint máig nincs annak egységes definíciója a magyar jogi dokumentumokban. Ezen meghatározások közül itt most csak a társadalombiztosítás szempontjából relevánsak közül idézünk néhányat.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 100. § (6) bekezdésben ezt a definíciót olvashatjuk: „A gyógyászati segédeszközök az alapvető életműködések megtartását, illetve a kiesett funkciók pótlását szolgálják és ezáltal az önfenntartó képességet, az életminőséget és a munkaképességet javítják”.

A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény biztosítási szempontból igyekszik jól körülhatárolni a fogalmat, amikor a 3. § 6. pontban, több módosítás után, 2012. óta így definiál: „gyógyászati segédeszköz: átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossággal 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, ideértve 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 Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) is lényegében ezt a definíciót használja leegyszerűsítve a honlapján: „A gyógyászati segédeszközök (GYSE) a gyógyító eljárás során és a rehabilitációban is fontos szerepet töltenek be, a gyógyulási folyamatban a beteg életminőségének javítását szolgálják. Gyógyászati segédeszköznek azt az átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossággal élő ember személyes használatába adott orvostechnikai-, vagy ápolási technikai eszközt tekintjük, amely használata során nem igényli egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy folyamatos jelenlétét.” (Menich, 2019) Azt láthatjuk, hogy a gyógyászati segédeszköz

hivatalos magyar definíciói szűkebbek, mint a nemzetközileg használt támogató technológiáé, mivel „egyrészt kijelölik a célcsoportot (fogytékossággal élők és egészségkárosodott személyek, betegek), másrészt a használat helyét és módját (a gyógyító eljárásban, személyes, egyéni, szaksegítség nélkül), harmadrészt az átmenetileg vagy tartósan kieső funkciók pótlását célozzák, és kizárólag eszközökre korlátozódnak. Nemcsak a nem kézzelfogható eszközök hiányoznak a meghatározásokból, hanem a kapcsolódó szolgáltatások is.” (Menich, 2021)

A definíciós kérdések vázlatos áttekintése után vizsgáljuk meg, mi következik mindebből a társadalombiztosítási (TB) gyakorlatban. Leegyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy Magyarországon – sok más európai országhoz hasonlóan – a jogalkotó az imént bemutatott ISO:9999 szabvány struktúrájában, azok azonosítóit és elnevezéseit használva határozza meg a társadalombiztosítás által támogatott gyógyászati segédeszközök listáját. A szabvány tehát nem csak elméleti érdekesség, hanem 2000 óta, azaz a TB támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközökről és a támogatás összegéről szóló 48/2000. (IV. 13.) Kormányrendelet hatálybalépésétől kezdve a gyógyászati segédeszközök TB támogatásának jogszabályi alapja is Magyarországon. Ettől kezdve minden hasonló jogszabály mellékletét, amely tételesen tartalmazza a társadalombiztosítás által támogatott gyógyászati segédeszközöket, az ISO-csoportok szerint állítják össze.

2000-ben a jogalkotó korszerű, innovatívnak tekinthető döntést hozott, amikor a támogatott gyógyászati segédeszközök listáját az ISO-szabványhoz kötötte. A szabvány az elmúlt 25 évben többször is, jelentősen változott (2007, 2011, 2016, 2022), azonban a jelenleg hatályos magyar rendelet a 2002-es verziót veszi alapul. A támogatási lista folyamatos bővülése ellenére, mivel „a tb-támogatással elérhető eszközök listájának főcsoportjai nem követték az elnevezésbeli és tartalmi változásokat, a jogalkotó közvetett gátat szab egyes eszköztípusok támogatott hozzáférhetőségének.” (Menich, 2021)

A jelenleg hatályos magyar támogatási listáról összefoglalóan tehát elmondhatjuk, hogy főként a biológiai szükségletekre reagálnak, és köszönhetően az elavult ISO-szabvány használatának is, csaknem teljesen hiányoznak belőle a társadalmi részvétel (foglalkoztatási, oktatási, közösségi részvétel) céljából használatos eszközök és technológiai megoldások (Menich, 2021).

A fogalmi kérdések sorában ki kell térnünk az orvostechikai eszközök és gyógyászati segédeszközök közötti kapcsolatra. Az orvostechikai eszközök rövid definícióját a

területet felügyelő Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (NNGYK) anyagai szerint a következőképpen adhatjuk meg: „Orvostechnikai eszközök alatt értünk minden olyan műszert, készüléket, berendezést, anyagot vagy számítógépes programot, amely a betegségek megállapítására és a beteg vagy sérült emberek gyógyítására, vagy betegség megelőzésére szolgál, tehát valamilyen orvosi céllal rendelkezik.” (OGYEI)

Az orvostechnikai eszközöknek két nagy csoportja van: a csak egészségügyi személyzet által használhatóak és az egészségügyi személyzet folyamatos jelenlétét nem igénylő eszközök. Ez utóbbi csoporttal jelentős az átfedés a gyógyászati segédeszközökkel. Amennyiben egy orvostechnikai eszköz egyúttal gyógyászati segédeszköz is, akkor annak felügyeletére, reklámozására a gyógyászati segédeszközökre vonatkozó speciális szabályokat kell alkalmazni (OGYEI). Az orvostechnikai- és gyógyászati segédeszközök viszonyrendszerét a következő ábra szemlélteti.

12.1. ábra Az orvostechnikai- és gyógyászati segédeszközök viszonyrendszere



Forrás: https://ogyei.gov.hu/gyogyaszati_segedeszkoz_fogalma

12.4. A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási kérdései a magyar jogban

12.4.1. Magyarország Alaptörvénye és a gyógyászati segédeszközök

Magyarország Alaptörvénye több ponton is érinti a fogyatékosság kérdését. A kérdéskör impliciten már a Nemzeti hitvallásban is szerepel, amiben ez áll: „Valljuk az elesettek és a szegények megsegítésének kötelességét.”

A bármilyen szempontú hátrányos megkülönböztetés tilalmát a XV. cikk (2) deklarálja, biztosítva mindenki alapvető jogait „bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, fogyatékoság, nyelv, vallás [...] szerinti különbségtétel nélkül”.

Témánk szempontjából több konkrétumot tartalmaz a XV. cikk (4), ami rögzíti, hogy „Magyarország az esélyegyenlőség és a társadalmi felzárkózás megvalósulását külön intézkedésekkel segíti”; valamint a XV. cikk (5), ami szavatolja, hogy „Magyarország külön intézkedésekkel védi a családokat, a gyermekeket, a nőket, az időseket és a fogyatékkal élőket.”

Az Alaptörvényben még egy helyen jelenik meg a fogyatékoság, amely rendelkezés végső soron a gyógyászati segédeszközök TB támogatás megalapozásának is tekinthető. A XIX. cikk (1) ugyanis így fogalmaz: „Magyarország arra törekszik, hogy minden állampolgárának szociális biztonságot nyújtson. Anyaság, betegség, rokkantság, fogyatékoság, özvegyiség, árvaság és önhibáján kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén minden magyar állampolgár törvényben meghatározott támogatásra jogosult.”

A fogyatékoság külön megemlítése e felsorolásban az Alaptörvény negyedik módosításával (2013. március 25.) került be a szövegbe, eredetileg csak a rokkantság volt nevesítve. (A rokkantság viszont csak ebben a cikkben szerepel az egész Alaptörvényben.)

Tágabb értelemben akár az innovatív gyógyászati segédeszközökre is vonatkoztathatjuk az Alaptörvény XXVI. cikkét, amely így fogalmaz: „(1) Az állam – a működésének hatékonysága, a közszolgáltatások színvonalának emelése, a közügyek jobb átláthatósága és az esélyegyenlőség előmozdítása érdekében – törekszik az új műszaki megoldásoknak és a tudomány eredményeinek az alkalmazására.”

Az igazsághoz hozzátartozik, hogy ezt a rendelkezést az Alaptörvény elsősorban az állam saját működésére, nevezetesen a digitális ügyintézés előnyben részesítésére vonatkoztatja, amit az Alaptörvény tizenkettedik módosítása (2023. december 12.) során beiktatott (2) tett egyértelművé.

12.4.2. Jelentősebb törvények és a gyógyászati segédeszközök

A gyógyászati segédeszközök TB részletkérdéseit mindig is rendeleti szinten szabályozta a jogalkotó, amelyek azonban törvényekben lefektetett alapokon nyugszanak. Ezeket tekintjük át röviden. Minden egészségbiztosítási ellátás alapja a két 1997-es

alapjogsabály: a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól (1997. évi LXXXIII. törvény, Ebtv.) és az egészségügyről (1997. évi CLIV. törvény) szóló törvény.

Ez utóbbi csak néhány helyen említi meg a gyógyászati segédeszközöket, de két alapvető jelentőségű rendelkezést tartalmaz. Egyrészt egyértelműen rögzíti, hogy a gyógyászati segédeszközzel végzett meghatározott tevékenységek egészségügyi szolgáltatásnak minősülnek [3. § e)]; másrészt a rehabilitációs medicina szerves részeként definiálja a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia mellett [100. § (5)]. A következő szakaszban olvasható a gyógyászati segédeszköz rövid, a 12.2. fejezetben már idézett definíciója.

A teljesség kedvéért meg kell említenünk, hogy az egészségügyi törvény végrehajtásáról készült egy kormányrendelet (217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet), amely a gyógyászati segédeszközök támogatásának tekintetében pontosítja az egészségügyi törvényt és alapot ad a következő fejezetben bemutatott részletes támogatási rendeleteknek (7/A-C. §). E rendelet többször módosítva jelenleg is hatályos.

Az Ebtv-ben törvényben számos helyen találunk utalást a gyógyászati segédeszközökre. Közülük szempontunkból a legfontosabb a 21. § (1), amely többek között a gyógyászati segédeszközök egészségbiztosítási ártámogatásáról is rendelkezik általánosságban. A gyógyszerekhez, tápszerekhez képest speciális eset is kapcsolódik a gyógyászati segédeszközökhöz, hiszen esetükben a kölcsönzési, vagy javítási költségekhez is nyújtható támogatás [(1) d)]; sőt, még a próbához szükséges utazáshoz is [22. § (3)].

Ugyancsak fontos része a szabályozásnak, hogy megteremti a gyógyászati segédeszközök tekintetében is a méltányossági ártámogatás lehetőségét (26. §) a javításra [(1) e)] és kölcsönzési díjra is [2b)]. Ezzel kapcsolatban 2024 novemberétől hatályos az a módosítás, ami átalakította a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök egyedi méltányossági eljárását, létrehozva annak lebonyolítására egy új alapítványt: Batthyány-Strattmann László Alapítvány A Gyógyításért (26/D. §).

A gyógyszerértámogatáshoz hasonlóan a gyógyászati segédeszközök éves támogatási előirányzatait a minden éves Központi Költségvetési tv állapítja meg, konkrétan az LXXII. fejezet Egészségbiztosítási Alap (E. Alap) 11. alcím számon (pld. 2024. évi XC. törvény Magyarország 2025. évi központi költségvetéséről).

A gyógyszerekhez hasonlóan a gyógyászati segédeszközök esetében is előírt tartalmú orvosi rendelvényhez kötött az egészségbiztosítási támogatás igénybevétele (29. § (bb)).

Témánk szempontjából közvetlen relevanciája van a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvénynek (Gyftv.), amely részletesen szabályozza a kérdéskört. A sok rendelkezés közül a legfontosabb a 4. § (2), amely rögzíti a gyógyászati segédeszközök támogatásának alapelvét:

„Azonos funkcionális csoportba tartozó gyógyászati segédeszközök árához nyújtott társadalombiztosítási támogatás – a külön jogszabályban foglalt kivétellel – legfeljebb a referencia gyógyászati segédeszközre megállapított támogatással azonos mértékben vehető igénybe.”

Ebből következik, hogy biztosítási támogatásba való befogadás során előnyben részesülnek az azonos funkcionális csoportba sorolható alacsonyabb árú, de használati értékében bizonyítottan legalább a már befogadott eszközével azonos új eszközök (5. §). Szintén fontos alapelv – gyógyszerre és gyógyászati segédeszközre egyaránt –, hogy „tilos minden, az árhoz nyújtott társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszer és gyógyászati segédeszköz népszerűsítésére, a felhasználás ösztönzésére irányuló bármilyen tevékenység” (6. §).

A támogatott gyógyszerrendeléssel megegyező módon ugyancsak fontos gazdaságossági alapelv, hogy mind az eszközt rendelő orvos (8. §), mind az azt kiszolgáló (9. §) köteles a beteget tájékoztatni az „azonos funkcionális csoportba tartozó alacsonyabb árú gyógyászati segédeszközről, valamint az adott termékek áráról, társadalombiztosítási támogatásáról és a térítési díjak közötti különbségekről.”

Fontos minőségbiztosítási, szakmaiságot biztosító szabályt rögzít a 11. § (2), amikor a gyógyszerekhez hasonlóan a gyógyászati segédeszközök forgalmazását, javítását és kölcsönzését hatósági engedélyhez, jogszabályban foglalt feltételek teljesítéséhez köti.

A törvény 12-16. §-ai rendelkeznek a támogatott gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök ismertetési szabályairól, a 17. § pedig a reklámozási előírásokról.

TB szempontból kiemelt jelentőségűek a 22-35. § rendelkezései, amelyek a támogatásba befogadás alapvető szabályait rögzítik. Mindezeket egy későbbi fejezetben, átfogóan tárgyaljuk. Szót kell még ejtenünk a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvényről, amelynek 11. §-a szintén alátámasztja a gyógyászati segédeszközök TB támogatását, amikor kimondja: „A fogyatékos személy részére biztosítani kell a fogyatékosága által indokolt szükségleteinek megfelelő

támogató szolgálat igénybevételét, továbbá segédeszközt. Az árhoz nyújtott támogatással beszerezhető segédeszközök körét és a támogatás módját, valamint mértékét külön jogszabály határozza meg.”

Ehhez a rendelkezéshez kapcsolódik a 12. § is, amely részletesebben előírja az egészségügyi ellátórendszer fogyatékosokkal kapcsolatos speciális feladatait és felelősségét.

12.5. A gyógyászati segédeszközök támogatásának rövid története a rendeletek tükrében

Ahogy láthattuk, az előző fejezetekben bemutatott törvények csak az alapjait rakták le a gyógyászati segédeszközök támogatási rendszerének. A hétköznapi életet meghatározó részletszabályokat minden esetben kormány- vagy miniszteri rendeletekben rögzítik.

Ahogy a korábbiakban láttuk, már 1891-ben is jogszabály rendelkezett a gyógyászati segédeszközökről. A szocializmusban több miniszteri rendelet, utasítás, tájékoztató foglalkozott a gyógyászati segédeszközök állami támogatásával (pl. a magyar állampolgárok szemészeti gyógyászati segédeszköz ellátásáról szóló 25/1980. (Eü. K. 18.) EüM utasítás; a gyógyászati segédeszközök rendeléséről és kiszolgáltatásáról szóló 21/1982. (Eü. K. 20.) EüM utasítás; 8/1988. (VIII. 1.) SZEM rendelet a gyógyászati segédeszköz ellátásról; 23/1988. (XII. 26.) SZEM rendelet a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök után járó TB támogatás igénybevételéről stb.). Az akkori szabályok közül kuriózumként mindössze csak egy, ma már nem létező intézkedést emelek ki: a nagyobb értékű, használaton kívüli, de használható gyógyászati segédeszköz visszavételének kötelező felajánlását (Menich, 2021), ami végső soron a ma is élő kölcsönzési lehetőség öse.

Nem lehet célunk a gyógyászati segédeszközök támogatástörténetének bemutatása, annyit azonban meg kell jegyeznünk, hogy e témakörben, a rendszerváltás előtt közvetlenül született, a gyógyászati segédeszköz ellátásról szóló 8/1988. (VIII. 1.) SZEM rendelet már több ponton hasonlóságot mutat a későbbi szabályozás elveivel. Így például meghatározza, kik jogosultak támogatott gyógyászati segédeszközt rendelni (2-3. §); rendelkezik a kihordási időről (4. §); szabályozza a magánorvosok segédeszköz-rendelését (5. §); meghatározza a térítési díjak mértékét (10, 15, 50%-os önrészek, fix áras termékek), köztük a ma már idegenül hangzó „nem rubel elszámolású import hallókészülék” támogatását (1. melléklet). Ez a rendelet módosításokkal ugyan, de 1995.

szeptember 15-ig hatályos volt, tehát az új egészségbiztosítási környezetben is évekig funkcionált.

A két egészségügyi rendszer (állami és biztosítási alapú) között tehát az imént bemutatott, 1988-as rendelet képezett hidat a gyógyászati segédeszköz támogatás területén. A biztosítási alapú rendszerhez igazodó új jogszabály a 30/1995. (IX. 12.) NM rendelet *a gyógyászati segédeszközök rendelkezéséről, társadalombiztosítási támogatásának összegéről*.

E rendelet azon túl, hogy illeszkedik a megváltozott biztosítási rendszerhez, hasonló elődjéhez mind szemléletében, tartalmában, mind rövidegében (9 §-t tartalmaz); a hangsúly a mellékletek tartalmán van. Fontos újítása – későbbi módosítások után – a gyógyászati segédeszközök támogatott kölcsönzési lehetősége (2. melléklet), valamint – szintén módosítások után – a gyógyászati segédeszközök kötelező, Országos Kórház és Orvostechikai Intézet (ORKI) általi minősítése [1. § (4-6)].

Ahogy már utaltunk rá, a rendelet fajsúlyos része az 1. melléklet, amelynek utolsó, 1998-ban módosított táblázata lényegében a ma is használt támogatási rendelet részletes, 10. mellékletének feleltethető meg. Noha még nem ISO-csoportokba rendezve, de mintegy 260-féle eszközt sorol fel OEP-listakóddal, eszköz-megnevezéssel, kihordási idővel, rendelési mennyiséggel, TB támogatással (% vagy fix), közgyógyellátási (továbbiakban: közgyógy) információval, felírási jogosultsággal, kiszolgálási hely megnevezéssel.

1996. május 1-től előírja a rendelet a gyógyszerekhez is használt vonalkódos orvosi vény használatát a gyógyászati segédeszközök rendelésekor (4. melléklet). Külön vényt ír elő a a szemészeti gyógyászati segédeszköz rendelésére (5. melléklet), valamint bevezeti a fogtechnikai eszközök vényéhez csatolandó rendelési lapot (6. melléklet).

Ez a rendelet alig 5 évet élt, ugyanis 2000. április 15-én lépett hatályba a 48/2000. (IV. 13.) Korm. rendelet *a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközökről és a támogatás összegéről*. Újfajta szabályozási kísérletnek lehetünk szemtanúi, amely nem vert gyökeret a későbbiekben. A kormányrendelet ugyanis csak egy mellékletet tartalmaz, amely a gyógyászati segédeszközök megvásárlásának TB támogatását szabályozza. Egy külön, az egészségügyi miniszter által ugyanazon a napon kiadott rendelet [12/2000. (IV. 13.) EüM rendelet] pedig a TB támogatással rendelhető

gyógyászati segédeszközök rendelésének, forgalmazásának, javításának és kölcsönzésének szakmai követelményeiről szól, amit a későbbiekben szintén áttekintünk.

A kormányrendelet vezette be hazánkban a gyógyászati segédeszközök támogatási rendszerébe az ISO-csoportokat. A rendelet teljes mértékben a melléklet köré épül, hat §-a tulajdonképpen magyarázat a hosszú, részletes, közel 120 oldalon mintegy 4000 sort tartalmazó táblázathoz, amely elődjéhez hasonló adattartalommal bír.

A rendelet szövegéből három rendelkezést tartunk fontosnak kiemelni:

- Az egyik a 3. §: „Társadalombiztosítási támogatással csak olyan gyógyászati segédeszköz rendelhető és szolgálható ki, amely megfelel az orvostechikai eszközökről szóló külön jogszabályban [47/1999. (X. 6.) EüM rendelet] meghatározott előírásoknak.”

Azért tartom szükségesnek kiemelni ezt a bekezdést, mert az orvostechikai rendeletre való utalással egyrészt mutatja, hogy az ezredfordulóra mennyire hangsúlyossá vált jogalkotói szempontból is a terület, másrészt azt, a mára már megváltozott szemléletet tükrözi, miszerint minden gyógyászati segédeszköz orvostechikai eszköz.

- A következő fontos előírás további magyarázatot nem is igényel: „4. § A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásának kérelmezésére és elbírálására a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatására, kérelmezésére és elbírálására vonatkozó szabályok megfelelő alkalmazásával kell eljárni.”
- Végezetül a támogatott gyógyászati segédeszközök egyedi azonosításáról szóló 5. §-t emeljük ki, ami kimondja: „Az EAN kódot és az egyedi termékazonosítót 2001. január 1-jétől mind a terméken, mind a termékhez tartozó, ragasztható matricán fel kell tüntetni. A matricát a kiszolgáláskor beváltott vényre kell ragasztani.”

Ahogy említettük, a kormányrendelethez szorosan kapcsolódik „A társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközök rendelésének, forgalmazásának, javításának és kölcsönzésének szakmai követelményeiről” szóló 12/2000. (IV. 13.) EüM rendelet (továbbiakban EüM r.), ami lényegében a címben szereplő területeket fejti ki 5 mellékletben az előzőekben bemutatott 1995-ös rendelethez hasonlóan. Az EüM r. 1. melléklete a gyógyszerek rendelésére szolgáló vény használatát írja elő a gyógyászati segédeszközökre is; az EüM r. 2. melléklete a támogatott szemészeti

gyógyászati segédeszköz vénymintáját tartalmazza; a EüM r. 3. mellékletében a támogatott fogtechnikai eszköz elszámolási dokumentumai találhatóak.

Az előző szabályozáshoz képest talán a kölcsönzési listában (EüM r. 4. melléklet) történt legnagyobb változás. Nem csak ISO-kóddal és havi kölcsönzési összegekkel látták el a támogatással kölcsönözhető segédeszközök listáját, hanem az ártámogatási listához hasonlóan tételesen meghatározták a támogatás százalékos és nominális értékét, a közgyógyra rendelkezési időt, a kihordási időt is.

Végezetül, az EüM r. 5. melléklete a rendelésre készült (egyedi) gyógyászati segédeszközök gyártására és kiszolgáltatására vonatkozó követelményeket tartalmazza.

Előremutató voltuk ellenére a 2000-ban kiadott rendeletek éltek legkevesebbet a gyógyászati segédeszköz-támogatási jogszabályok között, mivel 2003. május 1-jén hatályosult az előzőekben bemutatott mindkét jogszabályt váltó 19/2003. (IV. 29.) ESZCSM rendelet a társadalombiztosítási támogatással rendelhető, illetve kölcsönözhető gyógyászati segédeszközökről, a támogatás összegéről és mértékéről, valamint a rendelés, forgalmazás, kölcsönzés és javítás szakmai követelményeiről.

A rendelet szöveges része a korábbiakhoz hasonlóan főként a mellékletek magyarázata köré rendeződik, a hangsúly a nyolc melléklet tartalmán van. A rendelkezések nagyrésze az előző jogszabályokban is megtalálhatóak voltak. A rendelet részletesen rendelkezik a vénykiállítás (7., 9. §), valamint a támogatással rendelt gyógyászati segédeszköz-forgalmazók szabályairól (12. §). A rendelet mellékletei nagyrészt megegyeznek a 2000. óta hatályos rendeletek mellékleteivel.

Az 1. melléklet a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközök tételes listáját tartalmazza nagyrészt az addig megszokott adattartalommal: teljes nettó ár; a támogatás mértéke és nettó összege; az eszközök kihordási ideje; a kihordási időre maximálisan felírható és kiszolgáltatható mennyiség. Újdonság viszont, hogy egyes főcsoportok, csoportok előtt részletes, szöveges indikációleírás, az adott eszköz rendelésére jogosult szakorvosok listája (felírási jogosultság) és egyéb, releváns megjegyzések találhatóak (pl. speciális kötszerek milyen típusú, méretű sebekre rendelhetők).

Az 1. melléklethez három kiegészítő táblázat is tartozott. A 2. melléklet – újdonságként – az 1. melléklet szerinti indikációktól eltérő, speciális kórkép alapján 100%-os támogatással rendelhető és kiszolgáltatható eszközök körét határozza meg ugyanabban a

struktúrában, mint az 1. melléklet. A két melléklet együttesen mintegy tízezer sort tartalmaz, e két táblázat tekinthető a rendelet legfajsúlyosabb részének.

A 3. melléklet az 1. táblázat szerinti indikációktól eltérő, speciális kórkép alapján 85%-os támogatással rendelhető és kiszolgálható, illetve a 85%-os támogatás alapján számított fix összeggel támogatott eszközöket tartalmazza mintegy kétszáz soron.

Ugyancsak az 1. melléklethez kapcsolódik a később, 2007-ben beiktatott 3/A. melléklet, amely az 1. melléklet szerinti indikációktól eltérő, speciális kórkép alapján 100%-os támogatással rendelhető és kiszolgálható eszközök körét tartalmazza. Ez a táblázat mintegy háromszáz soron kizárólag testen való viselésre szánt vizeletfelszívó segédeszközöket tartalmaz (09 30 04 ISO-csoport).

A 4. melléklet a társadalombiztosítási támogatással kölcsönbe vehető gyógyászati segédeszközök köréről, kölcsönzés esetén a támogatás alapjáról, a támogatás mértékéről rendelkezik. Ebben a táblázatban a rendelet kiadásakor még két csoport volt megtalálható: a 85%-os támogatással rendelhető oxigénpalack (10 és 20 literes) reduktor-tartozékkal és három féle oxigén koncentrátor. Egy 2007-es rendeletmódosítás következtében csupán ez utóbbi csoport maradt a 4. mellékletben. Az oxigén koncentrátorok különleges jogállását mutatja, hogy mind az eredeti rendeletben, mind a módosítottban ezeket krónikus obstruktív légúti betegség esetén csak az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet szakorvosa, vagy megyei pulmonológus szakfőorvos rendelheti 100%-os támogatással.

Az 5-8. mellékletek megegyeznek a 12/2000. (IV. 13.) EüM rendelet 1., 2., 3., 5. mellékleteivel: az 5. melléklet az aktuálisan előírt vénymintát, a 6. melléklet a szemészeti eszköz vénymintáját, a 7. melléklet a támogatott fogtechnikai eszköz munkalapjait, a 8. melléklet pedig a rendelésre készült (egyedi) gyógyászati segédeszközök gyártására és kiszolgálására vonatkozó előírásokat rögzíti.

Ez utóbbi melléklet 1995-től napjainkig szinte változtatás nélkül része a támogatott gyógyászati segédeszköz-rendeleteknek. Egyetlen komolyabb változás történt benne az elmúlt 30 évben. Még a 2003-ban kihirdetett rendelet 8. melléklet 2. a) pontjában is a korábbi szövegezés szerepelt: „A gyártónak - a vállalt eszköz jellegétől függően - jól megközelíthető, megfelelő kialakítású, méretű és felszereltségű, a betegek fogadására alkalmas helyiségekkel kell rendelkeznie.”

Ezt a rendelkezést másfél év múlva, 2004 decemberében teljesen törölték, majd az új, ma is hatályos jogszabály [14/2007 (III. 14.) EüM rendelet] 16. melléklet 2. a) pontjában módosítva, a jól megközelíthetőség és betegfogadásra való alkalmasság mellőzésével hozták vissza: „A gyártóüzem alapterületének, beosztásának és felszereltségének meg kell felelnie a vállalt eszközök mennyiségének, az alkalmazott technológiáknak, a munkavédelmi és az általános szakmai követelményeknek.”

Ezzel a kis kitekintéssel egyúttal jeleztük is, hogy ez a több újdonságot tartalmazó, egyre komplexebbé váló rendelet alig négy év után átadta helyét egy még összetettebb, a társadalombiztosítási támogatásba való befogadás szabályait is tartalmazó rendeletnek, amely számos módosítást megélve máig hatályos.

12.6. A hatályos gyógyásztisegédeszköz-támogatási rendeletek

A hatályos gyógyásztisegédeszköz-támogatási rendszert több jogszabály határozza meg. A legfontosabb kapcsolódó törvényeket az előző fejezetekben áttekintettük. Ebben a részben a közvetlenül a témánkkal foglalkozó rendeleteket tekintjük át.

Ha időrendben haladunk, az első igazán releváns jogszabály a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeiről szóló 7/2004. (XI. 23.) EüM rendelet. Ahogyan a rendelet címe is mutatja, ez alapvetően egy technikai jellegű, a napi működés szempontjából fontos, részletkérdéseket szabályozó, kiegészítő jellegű, aránylag rövid (9 §, 3 melléklet) jogszabály. Mivel ez a rendelet témánk szempontjából csak kiegészítő jogszabálynak tekinthető, részletes bemutatásától eltekintünk. Csupán a 2. számú mellékletre hívjuk fel a figyelmet, amely a gyógyászati segédeszközt forgalmazó szaküzletek, az egyedi méretvétel alapján készült gyógyászati segédeszköz gyártó általi forgalmazás, valamint a kölcsönző központok személyi és tárgyi feltételeit szabályozza.

12.6.1. A befogadási rendelet

Az új, ma is hatályos, a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet (a későbbiekben rövidített nevén „befogadási rendelet”) – ahogyan címe is mutatja – komplex módon igyekszik szabályozni a gyógyásztisegédeszköz-támogatás rendszerét, hiszen a korábbi rendeletekhez képest a támogatásba történő befogadás szabályozását is tartalmazza.

A befogadási rendeletet 2018 óta kiegészíti a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának, valamint a támogatás megváltoztatásának szabályairól szóló 451/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet, így e két jogszabály az alapja a hatályos gyógyászati segédeszköz-támogatási rendszernek.

Elsőként a befogadási rendeletet vizsgáljuk meg közelebbről. A jogszabályt kihirdetése óta 62 alkalommal módosították, ami 2025-ig átlagos évi 3,4 változtatást jelent (csupán két olyan év volt, amikor csak egyszer módosították: 2017 és 2019). Jelen írás kereteit szétfeszítené, ha mindegyik változtatást számba vennénk, így a hatályos szabályozáson (2025. január 30-) kívül csak a jelentősebb módosításokra térünk ki.

A befogadási rendeletet 2007. március 14-én írta alá viharos, alig tíz hónapos miniszterségének utolsó heteiben dr. Molnár Lajos (1946-2015) egészségügyi miniszter. A Magyar Közlöny a terjedelmes, 215 oldalnyi mellékletet nyomtatásban nem, csak hivatalos CD-kiadványban közölte. A jogszabály teljes szövege az Egészségügyi Közlöny 2007/7. számában jelent meg, amit joggal nevezhetünk a befogadási rendelet különszámának is, mivel más közlemény abban a lapszámban nem jelent meg.

Az elmúlt tizennyolc évben a 62 módosítás csaknem teljesen átírta a jogszabályt: a normaszöveg az elfogadott 17 helyett jelenleg 28 §-ból áll, az eredeti 16 darab melléklet pedig 26-ra nőtt.

12.1. táblázat A 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet módosításai a hatálybalépés óta

	2007. évi szabályok	2025. évi szabályok
1.§	(1) 8 fogalom magyarázata (2) Jogszabályi hivatkozás a többi fogalomra	(1) Törölve 2018-ban (2) Hatályos, 2018-tól többször módosítva
2. §	Befogadási részletszabályok 11 bekezdésben	Befogadási szabályok röviden: három bekezdésben, mellékletekre hivatkozva
3. §	A gyógyászati segédeszközök befogadásának nyolc alapelve: a) fogyatékos-ság-életfunkció-betegség alapú támogatás b) méltányosság érvényesítése c) szükséglet alapú megközelítés d) szakmai megalapozottság e) komplexitás: f) költséghatékonyság g) költségvetési keretek figyelembevétele, finanszírozhatóság	Két, apró módosítástól eltekintve változatlan: a) fogyatékos-ság-életfunkció-betegség figyelembevétele b) méltányosság érvényesítése c) szükséglet alapú megközelítés d) szakmai megalapozottság e) komplexitás: f) költséghatékonyság g) költségvetési keretek figyelembevétele, finanszírozhatóság

	h) eredményesség	h) eredményesség
4. §	A gyógyászati segédeszközök befogadása során figyelembe veendő (1) szakmai szempontok (8 darab) (2) gazdasági szempontok (5 darab) (3) A (2) bekezdésben foglaltakon túl a befogadásnál speciális szempontként – lehetőség szerint – figyelembe veendő szempontok (4 darab) (4) GYSE-ártámogatás maximuma	(1) a)-h) pont változatlan, i) pont 2008-ban beiktatva néhány hónapig (2) Módosult, bővült (kölcsönzés, jótállás) (3) 2009-től lényegében változatlan, a cím szigorodott: „A (2) bekezdésben foglaltakon túl az eszköz típusától függően figyelembe kell venni” (4) 2008-ban kisebb módosítás (5) 2011-ben beiktatott rendelkezés a kombinált kiszerezésekről
5. §	Rendelkezések a befogadási eljárások javaslattevő és véleményező szakértői testület felállításáról és működéséről	Az eredeti 5. § 2018-tól nem hatályos, új rendelkezések: 451/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet 7-8. § 2010-ben beiktatták az ártámogatási szabályokról szóló 5/A-D. §-t, amely 2018-ig volt hatályos
6. §	Támogatásbefogadás módszertana (hat bekezdés), hivatkozás a 10. mellékletre	2018-ig volt hatályos, utána külön jogszabály rendelkezik a témáról: 451/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet 2018-tól új, egymondatos rendelkezés az egyedi méretvétel alapján készült gyógyászati segédeszközök gyártására és kiszolgáltatására vonatkozó követelményekről (16. melléklet)
7. §	Négy bekezdés az ártámogatás, a kölcsönzési díj, az indikációtól eltérő rendelvény támogatásáról	Időközben nyolc bekezdésre bővült, ebből négy hatályon kívül. Négy bekezdés hatályos, de módosítva. 2016-tól hatályos: „(3) A gyógyászati segédeszközök funkcionális csoportjait, alcsoportjait, az egyes indikációkban megállapított támogatási mértéket és kihordási időt, a kihordási időre felírható mennyiséget, a felírásra jogosultak körét és az egyéb rendelkezési feltételeket a 10. számú melléklet tartalmazza. A munkahelyre vonatkozó követelményként meghatározott intézmények listáját a 18. számú melléklet tartalmazza.” A többi rendelkezés a 98%-os támogatású eszköz maximális áráról, a

		kölcsönzési díjról és a kombinált kiszereleésről szól.
8. §	Hat bekezdés a támogatásból való kizárás szabályairól	2018-tól hatályon kívül. 8/A. §-t 2010-ben iktatták be szintén a támogatásból való kizárásról, 2018-ig volt hatályos. 2018-tól külön jogszabály rendelkezik a témáról: 451/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet
9. §	Fix csoportokra vonatkozó hat bekezdés	2018-ban teljesen átírták: az egyes funkcionális csoportokban megállapítható támogatási technikákról szóló 20. mellékletre és a fixesítési eljárás alá vonási kötelezettség alól mentes funkcionális csoportokról szóló 21. mellékletre hivatkoznak 2010-2018. között hatályos volt a 9/A. § a fixesítés szabályairól és a 9/B. § a fixesítési eljárásból való kizárásról. 2018-tól külön jogszabály rendelkezik a témáról: 451/2017. (XII. 27.) Korm. Rendelet 10-11. §
10. §	A befogadási eljárás díjairól szóló hét bekezdés	A díjtételek változtak, három bekezdés hatályon kívül 2010-2018. között hatályos volt a 10/A-B., D. § a szállító-előminősítés szabályairól 2010-től hatályos, majd módosítva: • 10/C. § a szállító-előminősítés díjairól • 10/E. §: a minősített forgalomba hozóra vonatkozó szállítójegyzék

		10/F. §: az Online Segédeszköz Jegyzék (SEJK) létrehozásáról 2013-2015. volt hatályos: 10/G. §: a támogatott gyógyászati segédeszközök adatainak közzétételéről
11. §	Közgyógyellátásra vonatkozó szabályok (12. melléklet)	Hatályos, de módosítva. 2010-től hatályos, többször módosítva a 17. melléklet (Közgyógyellátás jogcímén nem rendelhető eszközcsoportok)
12. §	A támogatás részletei (8 bekezdés), 9-11. mellékletek magyarázata	Többször módosult, 11 bekezdésre bővült, de csak 9 hatályos. Új mellékletek: 22. melléklet a javítási díjakról; 23. melléklet a méltányossági feltételekről; 24. melléklet a házhozszállításról; 25. melléklet a kölcsönzési díj méltányossági támogatásáról
13. §	9 bekezdés az orvosi vény szabályairól, az elszámoláshoz szükséges mellékletekről (9., 13-15. mellékletek)	Többször bővítve, módosítva. Új melléklet: 19. számú 2012-től hatályos, majd többször módosították: 13/A-B. § a vényre vonatkozó további szabályokról
14. §	10 bekezdés a támogatott eszköz átvételi szabályairól	Többször módosítva hatályos
15. §	5 bekezdés az egyedi méretvétellel készült eszközök szabályairól	Többször módosítva hatályos
16. §	2 bekezdés a támogatott eszköz árához, illetve kölcsönzési díjához nyújtható támogatási összegéről	Többször módosítva hatályos
17. §	Hatálybaléptető, átmeneti és záró rendelkezések	Többször módosítva hatályos
18-19., 18/A-E. §	-	Később beiktatott, majd többször módosított kiegészítő rendelkezések
19-28. §-		Főként a mellékletek magyarázatát, átmeneti, kiegészítő szabályokat tartalmaznak

Forrás: Szerzők

A vázlatos áttekintés után vegyük sorra a hatályos rendelet legfontosabb előírásait!

Nem csak a rendelet, hanem az egész gyógyászatisegédeszköz-támogatási rendszer tekintetében is kulcsfontosságú az 1. § (2), amely a fogalmi lehatárolásokat szabályozza. A jelenlegi szabályozás 2022 óta hatályos. A kihirdetett rendelet 1. § (1)-ben nyolc kiemelt fogalmat határoztak meg, a többire pedig – a jelenleg hatályoshoz hasonlóan – a (2)-ban hivatkoztak. 2022-ben az (1)-t teljes egészében törölték, tehát a fogalommeghatározásokat más jogszabályokra: öt magyarra és két európai parlamenti és tanácsi rendeletre hivatkozva „szervezték ki”.

Ezek közül a legfontosabb a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv.), amelyről már a korábbiakban is szoltunk, hiszen ez a törvény tartalmazza az alapvető gyógyászati segédeszköz-definíciókat. A Gyftv. 3. § jelenleg 48 definíciót tartalmaz, amelyek közül számunkra a legjelentősebb a gyógyászati segédeszköz fogalma: „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 befogadási rendelet 2. §-a társadalombiztosítási támogatásba fogadás eseteit veszi sorra. Az egyes bekezdések a rendelet mellékleteire hivatkoznak, amelyek az 1-5. számú mellékletek esetében kérvényürlap-szerűen tartalmazzák az egyes esetekben a NEAK-hoz benyújtandó adatok körét. A 6. és 7. számú mellékletek kiegészítik a kérelmek benyújtásáról szóló szabályokat.

12.2. táblázat A 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet mellékletei

(1) a)	orvostechnikai eszközök	1. melléklet
(1) b)	önellenőrzésre szolgáló in vitro orvostechnikai eszközök	2. melléklet

(1) c)	orvostechnikai eszköznek vagy in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszköznek nem minősülő gyógyászati segédeszközök	3. melléklet
(1) d)	kölcsönzött eszközök	4. melléklet
(1) e)	egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszközök (rendelésre készült orvostechnikai eszközök)	5. melléklet
(2)	A NEAK által nem támogatott járóbeteg gyógyászati segédeszközök	6. melléklet
(3)	az egy kérelemben beadható eszközök és azok tartozékai	7. melléklet

Forrás: Szerzők

Anélkül, hogy a kérelmek adatmezőit részletesen elemeznénk, egészséggazdaságtani szempontból fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az 1-5. mellékletek mindegyike előír két kötelező elemet: (1) egy nyilatkozat benyújtását arról, hogy készült-e átfogó technológia-elemzési tanulmány az eszközzel kapcsolatban (gyógyszer-GYSE, vagy kórházi ellátás, műtét - GYSE összehasonlító, GYSE-GYSE műszaki, funkcionális összehasonlítás minőség, garancia, értékállóság alapján) az egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztérium egészség-gazdaságtani elemzések készítéséről és értékeléséről szóló szakmai irányelvének figyelembevételével; (2) az eszköz hatékonyságát alátámasztó tudományos bizonyítékokat.

Ez utóbbit az orvostechnikai eszközök esetében (1. számú melléklet) kiválthatja a 2025. januártól hatályos, uniós egészségügyi technológiaértékelési rendelet (az Európai parlament és a Tanács 2021/2282 rendelete) szerint elvégzett közös technológiaértékelés, ami 2026-tól a kiválasztott magas kockázatú orvostechnikai eszközökre kötelező lesz.

A befogadási rendelet egyik fajsúlyos része – nevének megfelelően – a társadalombiztosítási befogadás elveinek rögzítése. A befogadási eljárás részletes eljárásrendjét 2018-tól külön jogszabály, a későbbiekben részletesebben bemutatott 451/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet rögzíti, így a befogadási rendelet csak az alapokat rakja le a következőképpen.

A 3. § a gyógyászati segédeszközök befogadásának nyolc alapelvét rögzíti, amelyek az áttekintő táblázatban olvashatóak.

A 4. § a befogadási eljárás során figyelembe veendő szakmai, gazdasági és egyéb szempontokat sorolja fel. Ezek a következők.

(1) Figyelembe veendő szakmai szempontok: az eszköz

a) az önellátó képességet vagy az élettani funkcióképességet bizonyítottan javítja-e;

b) megfelel-e a kívánt funkciónak;

c) indikációs köre és alkalmazási köre pontosan meghatározott-e;

d) kompatibilis-e, megfelel-e a vonatkozó szabványnak;

e) hordozhatóságát, mobilitását, az eszköz által a beteg számára nyújtott kényelem mértékét;

f) önállóan vagy csak segítséggel alkalmazható-e;

g) által elérhető életminőség javítás mértékét, az eszköz által a beteg számára nyújtott komfortérzés mértékét;

h) gyártására vonatkozó, bármely nemzeti rendszerben akkreditált, elismert tanúsító szervezettől származó ISO 9001 vagy azzal egyenértékű tanúsítványt.

(2) A befogadási eljárás során figyelembe veendő gazdasági szempontok:

a) az eszköz ára, szavatossága, kihordási ideje a kijelölt szervezet által igazolt tartósság, élettartam

b) az E. Alap kiadásában az eszköz támogatásával várható csökkenés vagy növekedés mértéke

c) az, hogy csak bizonyított hatásosságú és költséghatékonyságú eszköz fogadható be

d) a 8. számú melléklet szerinti, T-jelű, tartós használatra szánt, valamint a 9. számú melléklet szerinti kölcsönzés keretében kiszolgáltatható eszközök esetében az üzemeltetési vagy szolgáltatási költségek

e) a 451/2017. Korm. rendelet 3. § (5) bekezdés bd)-be) alpontja szerinti nyilatkozatban foglaltak: az eszköz az Európai Gazdasági Térségben, illetve az EGT tagállamával azonos jogállást élvező államban finanszírozott-e; valamint a kölcsönzési tevékenységhez

szükséges, a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeiről szóló miniszteri rendeletben foglalt feltételek teljesítése

f) ápolási eszköz kölcsönzésbe történő befogadása esetén, hogy az adott eszköz kölcsönzési díjához – a maximális (6 hónapos) kölcsönzési időre – számított társadalombiztosítási támogatás ne érje el a referenciaeszköz közfinanszírozás alapjául elfogadott nettó árához számított társadalombiztosítási támogatás 70%-át, referenciaeszköz áránál alacsonyabb árú termék esetén a csoportra jellemző százalékos mértékkel számított támogatás 70%-át.

g) az eszköz gyártója vagy forgalomba hozója által önként vállalt, az egyes tartós fogyasztási cikkekre vonatkozó kötelező jótállásról szóló rendeletben foglaltaknál kedvezőbb jótállási feltételeket, amennyiben a kötelező és az önként vállalt jótállás ideje együttesen eléri az eszköz kihordási idejét.

(3) Az eszköz típusától függően figyelembe veendő egyéb szempontok:

a) az eszköz alkalmazásával összefüggő mérhető paraméterek

b) a szolgáltatói hálózat kiterjedtsége

c) a szolgáltató folyamatos működési rendje

d) a tartós használatra szánt, valamint egyedi méretvétel alapján készített, továbbá kölcsönözhető eszköz esetén a szolgáltatás teljessége, különös tekintettel az állapotfelmérésre, a méretvételre, az egyéni adottságok és igények felmérésére, a próbára, a beállításokra és az átadásra.

A befogadási rendelet másik, mind terjedelmében, mind jelentőségében központi eleme a 7. § (3)-ban hivatkozott 10. számú melléklet, amely a gyógyászati segédeszközök funkcionális csoportjait, alcsoportjait, az egyes indikációkban megállapított támogatási mértéket és kihordási időt, a kihordási időre felírható mennyiséget, a felírásra jogosultak körét és az egyéb rendelkezési feltételeket rögzíti, tehát a hétköznapi életben, a támogatott gyógyászati segédeszköz rendeléskor ennek a táblázatnak van legnagyobb szerepe. A táblázat jelenleg 1534 sort tartalmaz.

A 10. § az igazgatási szolgáltatási díjakról rendelkezik. A 2025. január 30-tól hatályos díjak a következők:

- Már befogadott gyógyászati segédeszközök nevének megváltoztatására, méretváltoztatására vagy új méretváltozata ártámogatásának megállapítására irányuló kérelmeknél: 13 000 Ft.
- Azon, már befogadott gyógyászati segédeszközök kölcsönzési napidíjának emelésére, amely kizárólag kölcsönzés keretében szolgálható ki, valamint a már befogadott gyógyászati segédeszközök közfinanszírozás alapjául szolgáló árának emelésére irányuló beadványok esetében: 400 000 Ft.
- Még be nem fogadott gyógyászati segédeszközök támogatásának megállapítására, vagy azon, még nem befogadott gyógyászati segédeszközök kölcsönzési napidíjának megállapítására, amely kizárólag kölcsönzés keretében szolgálható ki, valamint már befogadott, de más funkcionális csoportban (alcsoportban) történő támogatására irányuló kérvények esetében: 930 000 Ft.

A hatósági eljárási díjakhoz képest fontos különbség, hogy egyrészt a fenti eljárási díjak teljes egészében a NEAK bevételei, másrészt meghatározott esetekben (pl. kérelem visszavonása, elutasítása) a díj a felmerült költségek levonásával visszaigényelhető [(3) bekezdés].

Ugyanezek a szabályok vonatkoznak a szállító-előminősítésért fizetendő díjakra is (10/C. §), csak annak díjtétele 260 000 Ft.

A 2010-ben beiktatott 10/F. § írja elő a NEAK honlapján szabadon és ingyenesen hozzáférhető internetes eszközkatalógus létrehozását, amelynek a támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközöket kell tartalmaznia (ez az Online Segédeszköz Jegyzék: <https://sejk.neak.gov.hu/>).

2021. november 1-től főszabály szerint elektronikus vényen kell rendelni a gyógyászati segédeszközöket, azok kölcsönzését, javítását [13. § (1)].

Ez alól csak a szemüveglencse és szemüvegkeret, kontaktlencse és kontaktlencse-tartozék rendelése kivétel, amit külön vényen kell felírni (14. számú melléklet), valamint fogtechnikai eszköz rendelése esetén mellékelni kell a 15. számú mellékletben lévő munkalapot. A 13. § további számos, felírással kapcsolatos részletszabályt tartalmaz.

A 14., 14/A-B. §-ok a támogatással rendelt gyógyászati segédeszközök betegnek történő kiadásának részletszabályait rögzíti.

A 15. § a támogatással rendelt, egyedi méretvétel alapján készült gyógyászati segédeszközökre vonatkozó részletszabályokat tartalmazza.

A 16. § egyrészt a kölcsönzési díj támogatási szabályairól rendelkezik, másrészt megtiltja a támogatott eszközök gyártóinak, forgalmazóinak, hogy bármiféle hozzájárulást nyújtsanak a beteg által fizetett térítési díjhoz.

12.6.2. A 451/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet

Ahogy említettük, a befogadási rendelethez 2018 óta szorosan kapcsolódik a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának, valamint a támogatás megváltoztatásának szabályairól szóló 451/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet. A befogadási rendelet közlőnyállapot és 2025 közötti különbségeit áttekintő táblázatban jól látszódik, hogy 2018-ban a befogadási rendeletben komolyabb átalakítások történtek, aminek egyik következménye a befogadási szabályok önálló rendeletbe való „kiszervezése”.

A befogadási eljárások kapcsán ismét meg kell idéznünk a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényt (Gyftv.), amely a gyógyászati segédeszközök befogadásának kereteit is szabályozza. A 22. § a gyógyászati segédeszközökre vonatkozóan is előírja a költséghatékonyság igazolását, valamint azt, hogy az eszköz terápiás felhasználás szempontjából gazdaságosan és célszerűen rendelkezésre álljon.

A Gyftv. 32. § (4) rendelkezik a beadványok eljárási idejéről:

- Normál eljárás (90 nap): még be nem fogadott gyógyászati segédeszközök támogatásának megállapítása és kölcsönzési napidíj támogatásának megállapítása; már befogadott eszközök kölcsönzési napidíjának emelése, más funkcionális csoportban (alcsoportban) történő támogatás vagy közfinanszírozás alapjául szolgáló árának emelése
- Gyorsított eljárás (60 nap): még be nem fogadott gyógyászati segédeszközök támogatásának megállapítása és kölcsönzési napidíj támogatásának megállapítása; már befogadott eszköz más funkcionális csoportban (alcsoportban) történő támogatása, amennyiben a gyógyászati segédeszköz forgalomba hozója a termékre vonatkozó az adott funkcionális csoportba (alcsoportba) már befogadott, legalacsonyabb közfinanszírozás alapjául szolgáló árú termék áránál legalább

10%-kal alacsonyabb közfinanszírozás alapjául szolgáló árat jelöl meg, vagy a kérelméhez legalább 100 betegre kiterjedő, Magyarországon végzett klinikai vizsgálat evidenciáit csatol

- Egyszerűsített eljárás (30 nap): már befogadott gyógyászati segédeszköz nevének vagy méretének bejelentése.

Az eljárás további részleteit a 451/2017. (XII. 27.) kormányrendelet szabályozza, így például azokat az eseteket, amikor a NEAK-nak ki kell kérnie az NNGYK szakvéleményét az adott eszköz egészségügyi technológiaértékeléséről, vagy amikor be kell szerezni az Egészségügyi Szakmai Kollégium (ESzK) véleményét (4. §). Ugyancsak fontos kiemelni a NEAK mellett működő Egészségügyi Technológia-Értékelő Bizottság (TÉB) szerepét új funkcionális csoport megnyitásában (7. §).

Finanszírozási szempontból nagy jelentősége van a 8. §-nak, ami a Gyftv. 32/A. §. kibontása. Eszerint a NEAK felülvizsgálja azt a gyógyászati segédeszközt, amely az E. Alap költségvetését az alkalmazásával elérhető egészségnyereséghez képest aránytalanul nagymértékben terheli, vagyis amelynek funkcionális csoportjára a tárgyévet megelőző évben kifizetett társadalombiztosítási támogatás összege meghaladta a gyógyászati segédeszköz támogatás tárgyévet megelőző évi előirányzatának 3%-át. A felülvizsgálat irányulhat a támogatott gyógyászati segédeszközök teljes körére, eszközosztályra, eszközalosztályra, eszközcsoportra, rendeltetési csoportra, funkcionális csoportra, funkcionális alcsoportra, támogatási csoportra, valamint meghatározott eszközre vagy eszközökre.

A gyógyászati segédeszközök támogatásának alapvetően két nagy csoportja van. Az egyik a befogadási rendelet 10. számú mellékletében ISO-csoportonként meghatározott, a támogatás alapjául szolgáló ár százalékos támogatása (98%, 90%, 80%, 70%, 60%, 50%, 45% vagy 0%). Ez a melléklet jelenleg 1534 sort tartalmaz.

A másik támogatási technika a fixesítés. Ennek jogszabályi alapjait szintén a Gyftv. rakta le (32/A. §), részleteit pedig a 451/2017. Kormányrendelet bontotta ki. A jogszabályok és a NEAK honlapján olvasható tájékoztatás alapján a következőképpen foglalhatjuk össze ezt az eljárást.

A fixesítés során a NEAK félévente újraképzí a gyógyászati segédeszközök támogatási csoportjait. A fixesítési eljárás rendeltetés szerinti fixcsoport (RFX-csoportok), illetve

funkcionális elvű fixcsoport (FFX-csoportok) megképzésére vagy újraképzésére irányulhat.

A befogadási rendelet 20. számú melléklet B) pontja rendelkezik arról, hogy főszabály szerint funkcionális elv szerinti fixcsoportok szerint történik a támogatás, ez alól két kivétel van. Az egyik a 21. számú mellékletben felsorolt, jelenleg nyolc darab, fixesítési eljárás alá vonási kötelezettség alól mentes funkcionális csoport (különböző csököszerek, csonkharisnyák, beszédszelepes és nem beszédszelepes kanülök, szerelt jelzőeszközök). A másik kivétel a 20. számú melléklet A) pontjában szereplő ötféle rendeltetés szerinti fixcsoport (tesztcsíkok nem támogatott vércukorszintmérőkhöz; állítható, anatómiai fogantyús járóbotok; lépegető és lépcsőnjáró járókeretek; matracok kézipumpával).

A fixesítési eljárás minden év április és október hónapjának 1. napján, hivatalból indul, amelyről a NEAK honlapján értesítést tesz közzé, megjelölve, hogy az eljárás mely támogatási csoportokat érinti. Az értesítésben fel kell tüntetni a referenciaeszközöket, referenciaárakat, valamint az adott támogatási csoportba tartozó eszközök érvényes közfinanszírozás alapjául szolgáló árát, közfinanszírozás alapjául szolgáló kölcsönzési napidíját és támogatási összegét.

Támogatási szempontból, jogszabályi szinten is fontosak az ISO-csoportok. A 451/2017. Kormányrendelet 3. § (9) nevesíti a MSZ EN ISO 9999-2003 szabványt, amikor előírja, hogy a funkcionális csoportokat annak figyelembevételével kell meghatározni. Ahogyan a bevezető fejezetekben is jeleztük, az ISO 9999 szabvány 2003-as változatára való hivatkozás elavultnak tekinthető, ugyanis azóta már a negyedik, jelentősen átdolgozott, 2022-ben kiadott verzió hatályos, azonban 2003 óta hivatalos magyar fordítás nem készült.

A 2003-as szabvány eszközosztály-, alosztály-, csoport meghatározásait (kettő-, négy-, hatjegyű ISO-kódok) szintén rögzíti a 451/2017. Kormányrendelet a fogalommeghatározásokat tartalmazó 1. §-ban, hiszen az imént ismertetett támogatási eljárások ezeken a szinteken folynak le.

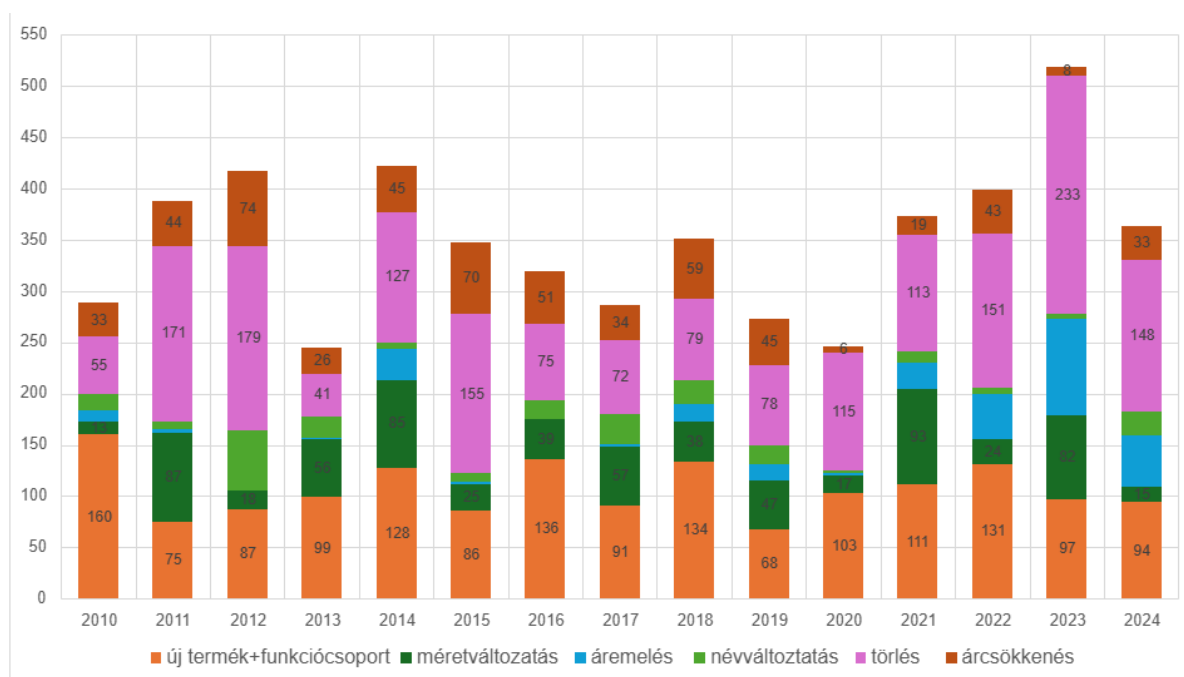
A teljesség kedvéért a támogatási lehetőségek között meg kell említenünk, hogy amennyiben a gyógyászati segédeszközt a beteg a tartózkodási helyéhez legközelebb eső, a rendelt gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatására alkalmas gyógyszertárban vagy boltban szerzi be, utazási költségtérítés is kérhető.

12.6.3. A GYSE-kérelmek és döntések száma (2010-2024)

A NEAK-hoz az elmúlt 15 évben benyújtott GYSE-kérelmek és döntések számának és összetételének elemzése során értékes megfigyeléseket tehetünk.

A kérelmek és döntések száma nagy ingadozást mutat: nagyságrendileg 200 és 500 között mozog, azonban a 2023-as rekordévtől (500 fölött ügyszám) eltekintve általában 400 alatti ügyszámok jellemzőek. Különböző mértékben, de minden évben meghatározó számú a kérelmek és döntések száma a következő ügycsoportokban: új termékek befogadására, támogatott termék törlése. E két kategória együttesen az ügyszámok legalább felét, esetenként 70-80%-át is lefedik. Bizonyos években (pl. 2010, 2022-2024) jelentős ügyszámot jelentettek az áremelésre irányuló kérelmek, illetve döntések. A GYSE-kérelmek 2010-2024 közötti számát és összetételét a következő ábra szemlélteti.

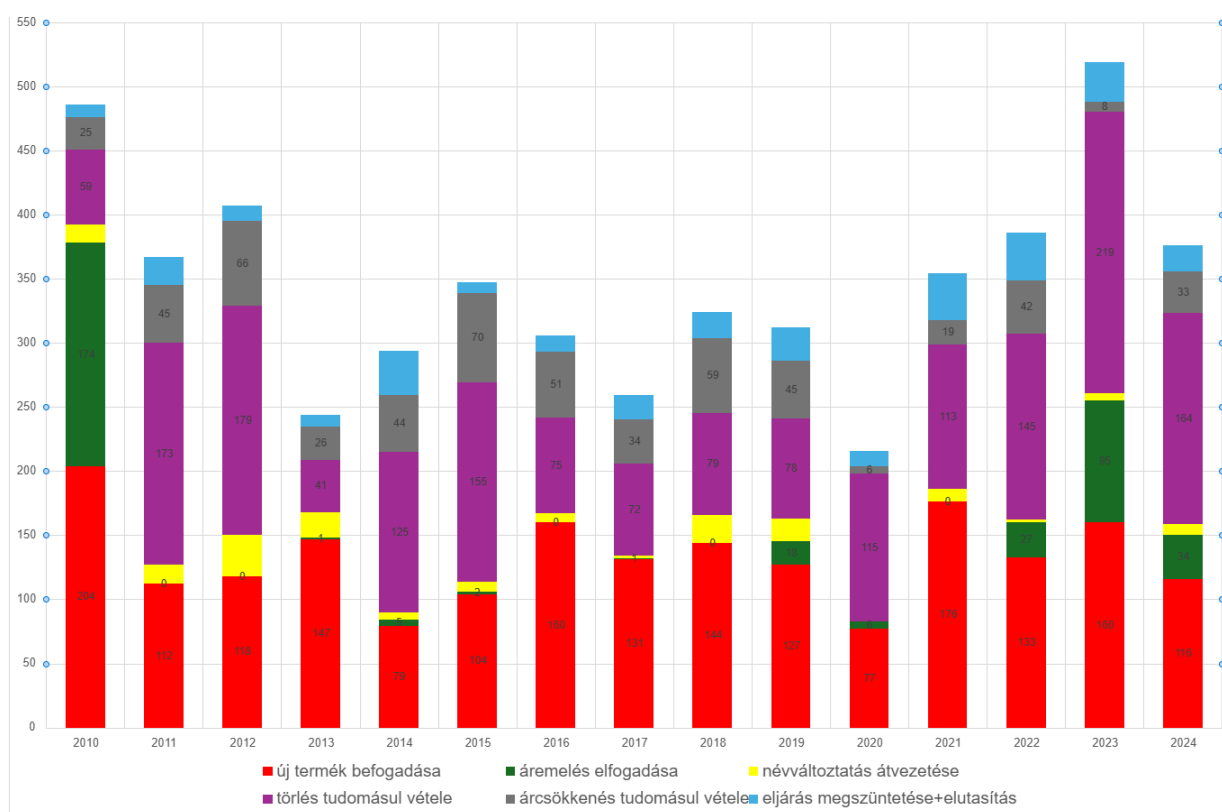
12.2. ábra GYSE kérelmek száma és összetétele 2010-2024 (db)



Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

A GYSE-döntések jellemzőit így foglalhatjuk össze:

12.3. ábra GYSE döntések száma és összetétele 2010-2024 (db)



Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

12.7. GYSE (makro számok) támogatás számokban

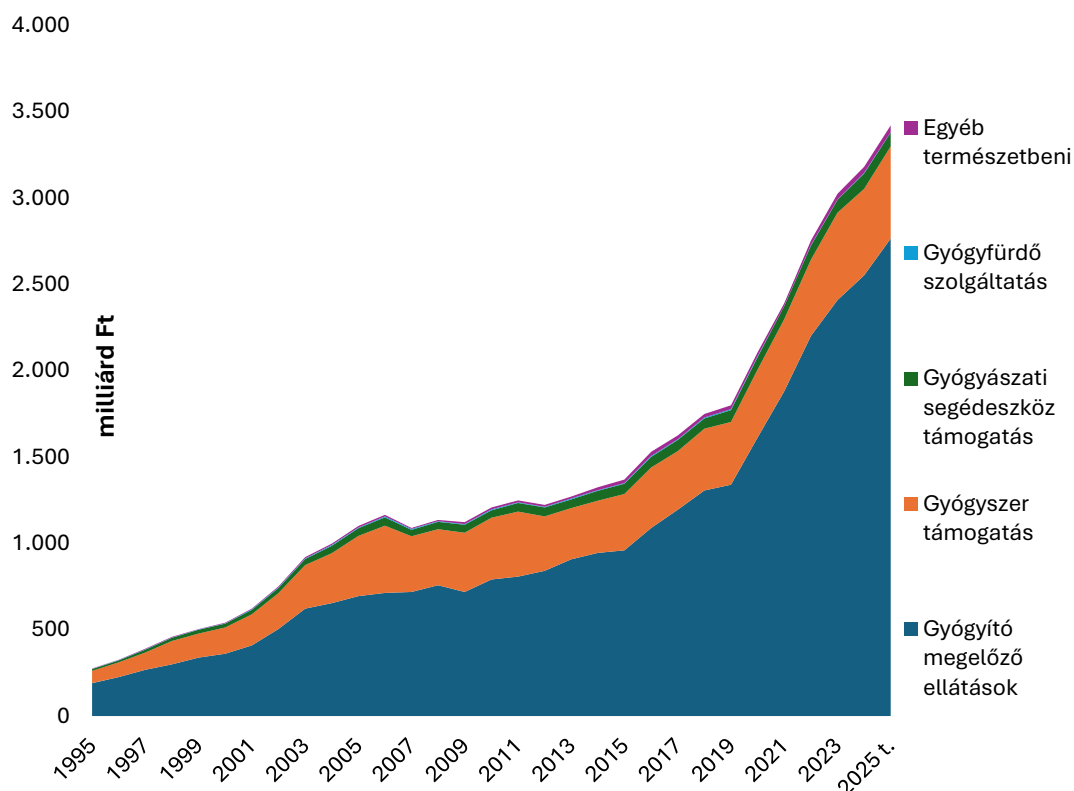
Ez a fejezet a gyógyászati segédeszköz-ellátás (GYSE) alakulását makroszinten vizsgálja, elsősorban a **NEAK** (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) forgalmi adatai, a központi **költségvetési törvények végrehajtási számai**, valamint a **KSH** adatai alapján. Az elemzés célja, hogy feltárja a segédeszköz-kiadások időbeli trendjeit, azok szerkezetét és az E.Alapon belüli súlyát. A fejezet bemutatja, hogyan változott az állami szerepvállalás mértéke, miként alakultak a betegterhek (térítési díjak).

12.7.1. Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak makroszintű áttekintése (1995-2025)

Az E. Alap természetbeni kiadásait 1995-től napjainkig, makroszinten tekintve a leginkább szembetűnő jelenség a gyógyító-megelőző kassza arányának erőteljes növekedése (1995: 69,2%; 2025. terv: 80,8%), ezzel együtt a gyógyszerkassza arányának – hullámzások utáni – visszaszorulása (1995: 25,7%; 2025. terv: 15,6%). Az elmúlt harminc évben tehát e két nagy kassza határozta meg az E. Alapot, ugyanis e két terület együttes aránya mindig 90-95%-ot tett ki, a maradék 5-10%-on osztozott a gyógyászatisegédeszköz-támogatás, a gyógyfürdő-ellátás és az egyéb természetbeni

ellátások (anyatej, utazási költségtérítés, nemzetközi egyezményből eredő kiadások). E három kis kassza közül értelemszerűen mindvégig a gyógyászatisegédeszköz-támogatás volt a legjelentősebb mind nominálisan, mind arányaiban.

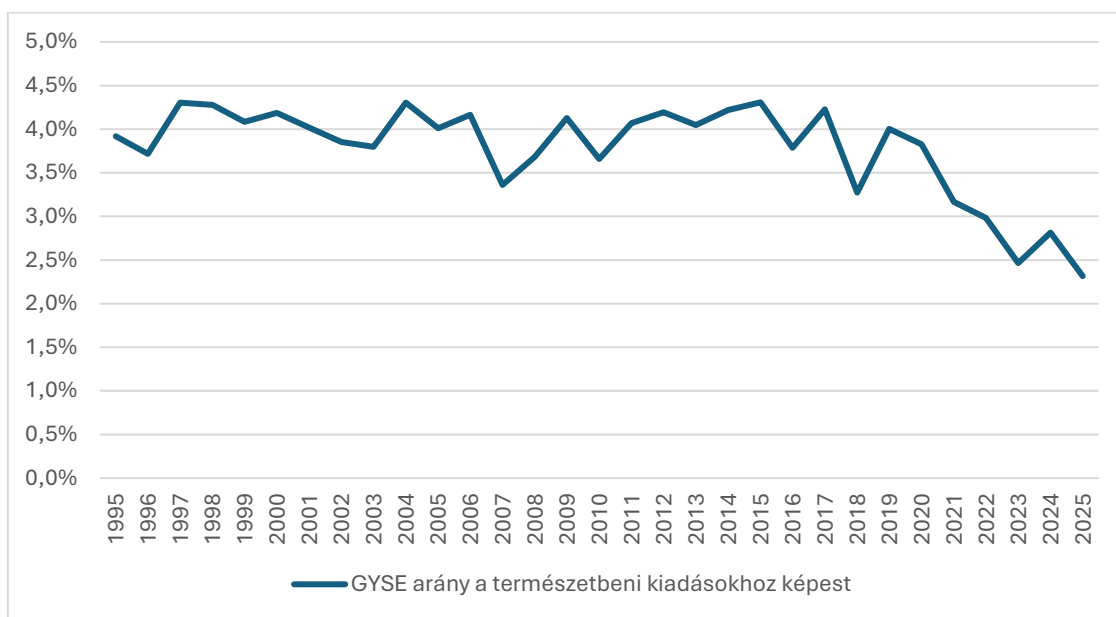
12.4. ábra Természetbeni kiadások alakulása 1995-2025 (milliárd Ft)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

A természetbeni kasszák közül 2017-ig a GYSE volt a legkiegyensúlyozottabb, mindvégig 4% körüli részesedéssel. Ezt követően kissé hektikussá vált a kassa részesedése a természetbeni ellátásokon belül. A kassa történetének legdrasztikusabb változása 2018-ban következett be, amikor az előző évi 4,2%-os részesedés után csaknem 1 %-ponttal, 3,3%-ra csökkent le a részesedése. 2019 és 2021 között ismét 4% köré állt be ez az arány, majd 2022-től kezdve újabb negatív rekordok dőltek meg (2022: 3,1%; 2023: 2,5%). A 2024. évre tervezett 2,8%-os részesedés némi konszolidációt mutatott (nominálisan is 15 milliárd Ft-os többlet az előző évhez képest), azonban a 2025. évre tervezett 2,3%-os részesedés az előző évihez képesti – nominálisan – közel 10 milliárd Ft-os csökkenéssel újabb történelmi mélypontot jelent. Ezeket a változásokat szemlélteti a következő ábra.

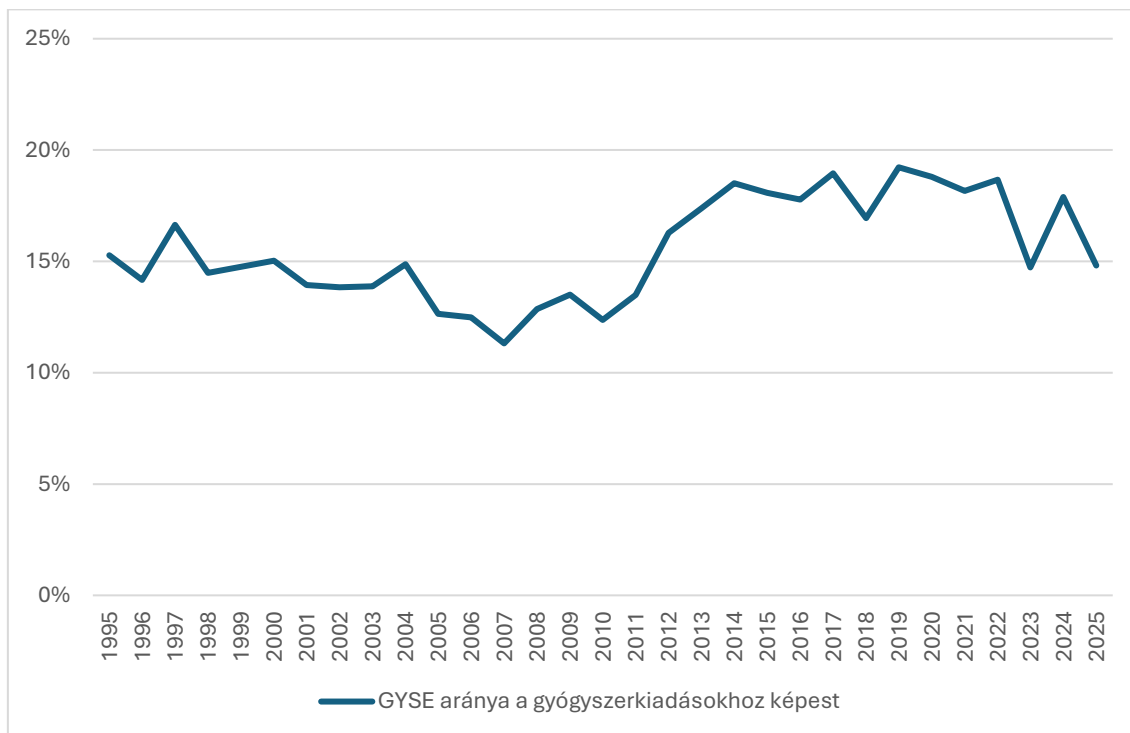
12.5. ábra GYSE arány a természetbeni kiadásokhoz képest 1995-2025 (%)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

Szintén érdekes összehasonlításokat tehetünk, ha a GYSE-kassza arányát a gyógyszerkiadásokhoz viszonyítva szemlélítjük.

12.6. ábra GYSE aránya a gyógyszerkiadásokhoz képest 1995-2025 (%)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

A kezdeti csaknem állandó 15%-os arány a gyógyszerkiadások növekedésével 2004 és 2011 között 11-13%-ra csökkent, majd a gyógyszerkassza visszafogását követően, 2012 után ismét nőtt a GYSE-kiadások aránya a gyógyszerkiadásokhoz képest (2017-ben 19% ez az arány). Kis megtorpanást követően 2019-ben már 19% fölött volt az arány, majd az imént bemutatott GYSE-kiadások ingadozásának megfelelően 2021-től a GYSE-gyógyszerkiadási arány is ingadozik.

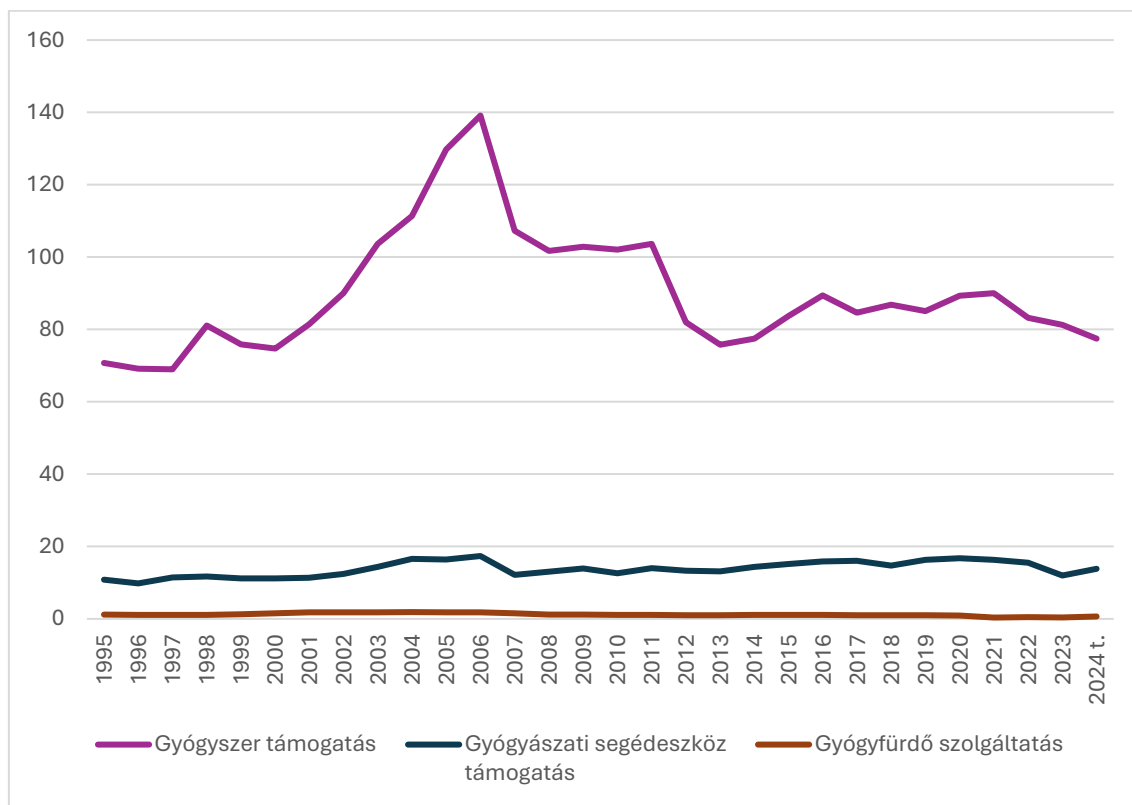
Tovább árnyalja a képet, ha az E. Alap kiadásait nem csak a különböző kasszák arányaiban, hanem 1995-ös reálértéken vizsgáljuk. Ekkor azt láthatjuk, hogy a természetbeni kiadások mintegy 180%-os emelkedést mutatnak (1995: 275,86 milliárd Ft, 2024. terv: 492,79 milliárd Ft). E jelentős reálértéknövekedés egyértelmű nyertese a gyógyító-megelőző kassza, amely 1995-ös reálértéken számítva csaknem duplájára nőtt (1995: 191,02 milliárd Ft, 2024. terv: 395,43 milliárd Ft). Ez a kassza tehát nem csak arányaiban, hanem értékében is jelentősen növekedett, bár a növekedés nem exponenciális volt, hanem hullámzó. A gyógyszerkassza szintén nagy hullámzásokat, kilengéseket élt meg, mígnem a 2021-től ismét csökkenő tendencia következtében 2024-ben szinte az 1995-ös reálértéken áll (1995: 70,78 milliárd Ft, 2024. terv: 77,5 milliárd Ft).

Hasonló hullámzások figyelhetők meg a gyógyászati segédeszközök reálértékében is. 1995-ös reálértéken számolva a legmagasabb GYSE-kiadás – a gyógyszerkasszához hasonlóan – 2006-ban volt (17,37 milliárd Ft; 1995: 10,81). Ezt újabb hullámzások követték, majd 2020-ban ismét megközelítette a 17 milliárd Ft-os reálértéket. 2023-ban a magas infláció minden számottevő természetbeni ellátás reálértékét megtépázta, köztük a GYSE-kasszát is, jelentősen (2022: 15,53 milliárd Ft, 2023: 11,97 milliárd Ft). A 2024. évi GYSE-kassza reálértéke már megközelítette az átlagosnak mondható 14 milliárd Ft-os összeget.

A teljesség kedvéért érdemes megemlékezni a gyógyfürdő-kasszáról is, amely hasonló reálérték-változásokon ment át, de egyértelműbb tendenciák figyelhetők meg. A kezdeti 1 milliárd Ft-os reálérték 2001-2006 között 1,8 milliárd Ft környékére növekedett, majd ismét 1 milliárd Ft körül mozgott. 2021 és 2023 között a gyógyfürdő-szolgáltatás reálértéke történelmi mélyponton, 0,4 milliárd Ft körül ingadozott. Az előző évhez képest 2024-ben csaknem duplájára nőtt a gyógyfürdő-kassza reálértéke, de még így is harmadával elmarad a 2021 előtti negatív rekordtól.

Számottevő reálértéknövekedést (1995: 2,04 milliárd Ft; 2024. terv: 5,34 milliárd Ft) regisztrálhatunk – hullámlásokkal – az egyéb természetbeni kiadásoknál, amely növekedés hajtóereje a nemzetközi egyezményből eredő kiadások.

12.7. ábra Gyógyszer-, GYSE-, gyógyfürdő kiadások 1995-ös reáltértéken 1995-2024 (milliárd Ft)



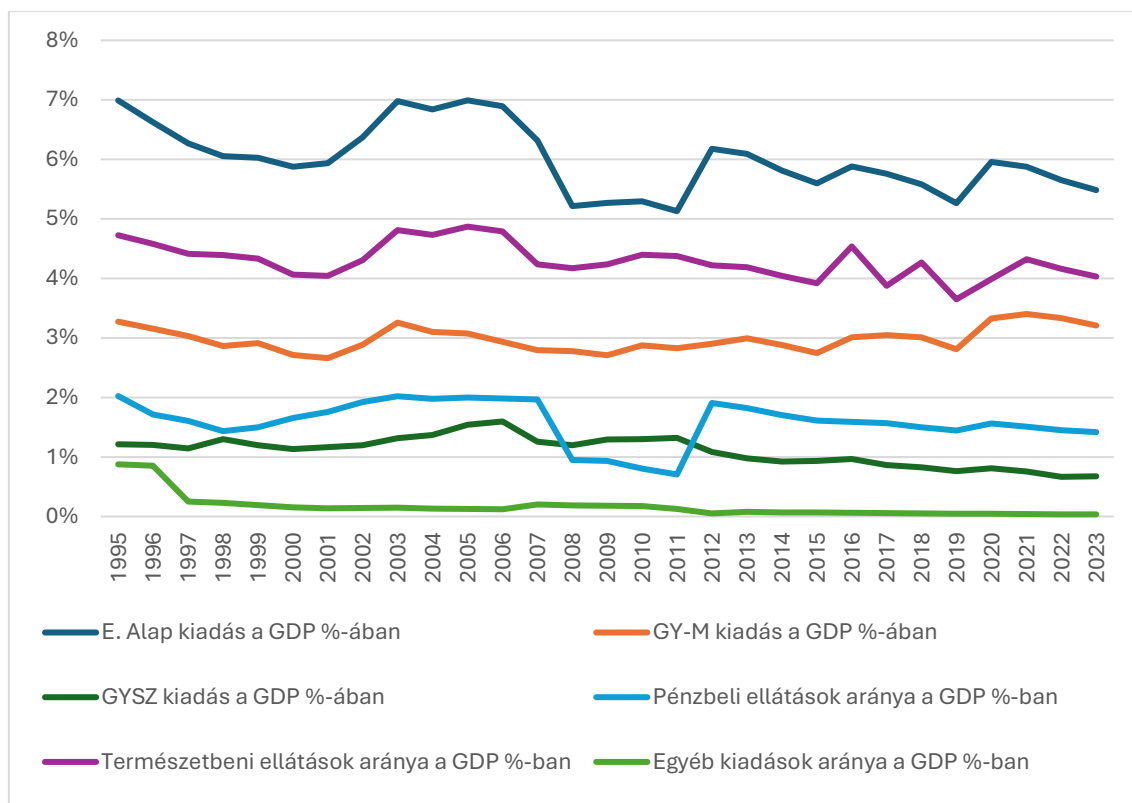
Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

Az E. Alap kiadásainak elemzésekor érdemes felvillantani, hogy mindezek az összegek hogyan aránylanak az adott évi GDP-hez. Ez a szám az előzőekben bemutatott módon szintén hullámló. Az E. Alap összkiadása 1995-ben a GDP 7%-át tette ki, majd évekig 6% körül mozgott, mígnem 2003-2006 között ismét 7% környékén alakult. 2007-től 5-6% körül hullámlzik.

Ennél némileg kiegyensúlyozottabb a gyógyító-megelőző kassa (GYM) GDP-arányos kiadása, ami mindvégig 3% körül hullámlzott. Ugyancsak stabilnak mondható a gyógyszertámogatási kassa is, ami a vizsgált időszak elején a GDP 1,2-1,4%-ának környékén mozgott, majd a 2006-2008-as Konvergencia programok és a 2011-es Széll Kálmán terv következtében jelentősen veszített pozíciójából és jóval az éves GDP 1%-a alá került, 0,7-0,8%-os aránnyal. A GYSE-kasszát kicsinysége miatt önállóan nem

érdemes GDP-arányosan elemezni, viszont a természetbeni összkiadást igen: az 4% körül ingadozott az elmúlt 30 évben.

12.8. ábra E. Alap kiadásai a GDP %-ában 1995-2023 (%)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

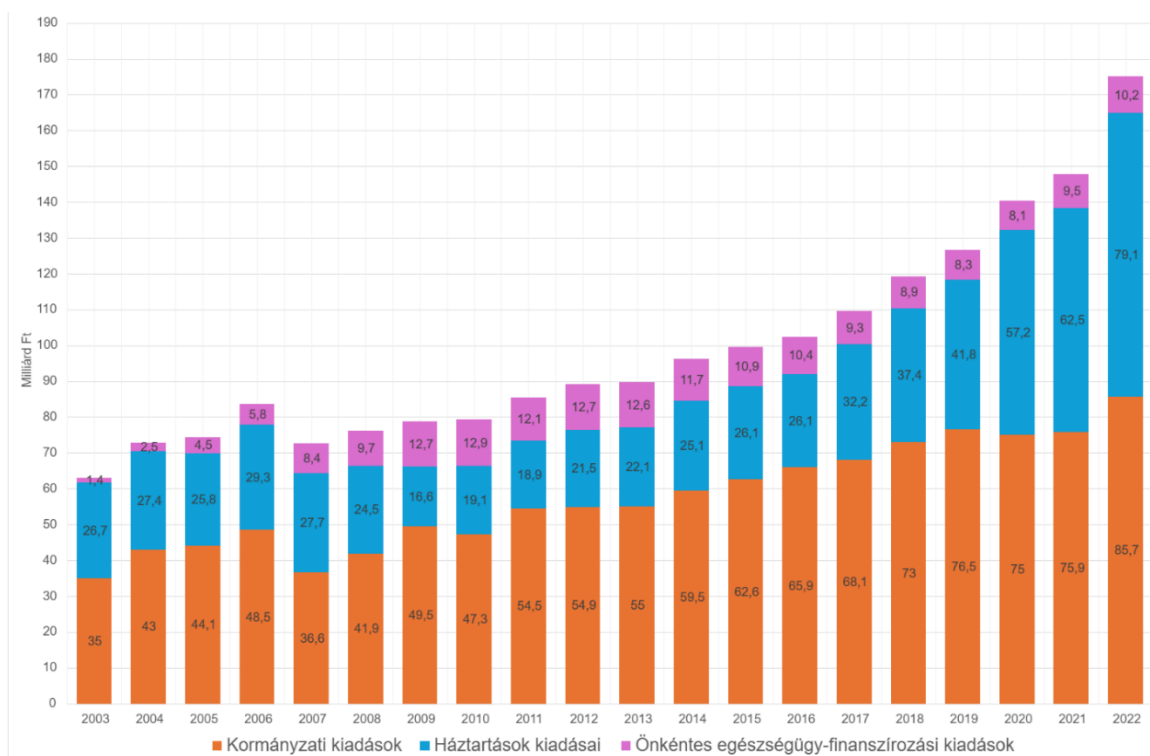
12.7.2. Az E. Alap gyógyszerkészítmény-kiadásai (1995-2025)

A GYSE-kiadások szerkezete a KSH adatai szerint

Mielőtt a NEAK részletes GYSE-adatait elemeznénk, érdemes áttekinteni a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) GYSE-adatait, amely hiánypótló módon nem csak a kormányzati kiadásokat, hanem az önkéntes egészségbiztosítási pénztárak és a háztartások kiadásait is elemzi, azaz egészében láthatjuk a teljes GYSE-piacot.

Az első szembetűnő jelenség, hogy a GYSE-kiadások aránya csaknem állandó 2003 és 2022 között: az összesített GYSE-kiadás az összes alrendszer (kormányzat, önkéntes egészségpénztárak, háztartások) összes egészségügyi kiadásának 4% körüli rész teszi ki minden évben (3,7% és 4,4% között, de leginkább szorosan 4% körül alakul a részesedés). A legutolsó, 2022-re vonatkozó KSH-adatok szerint ez a kis hízán 4%-os arány (3,95%) 175 milliárd Ft-os GYSE-kiadást jelentett a 4427 milliárdos összesített egészségügyi kiadáson belül.

12.9. ábra A GYSE kiadások összetétele 2003-2022 (milliárd Ft)

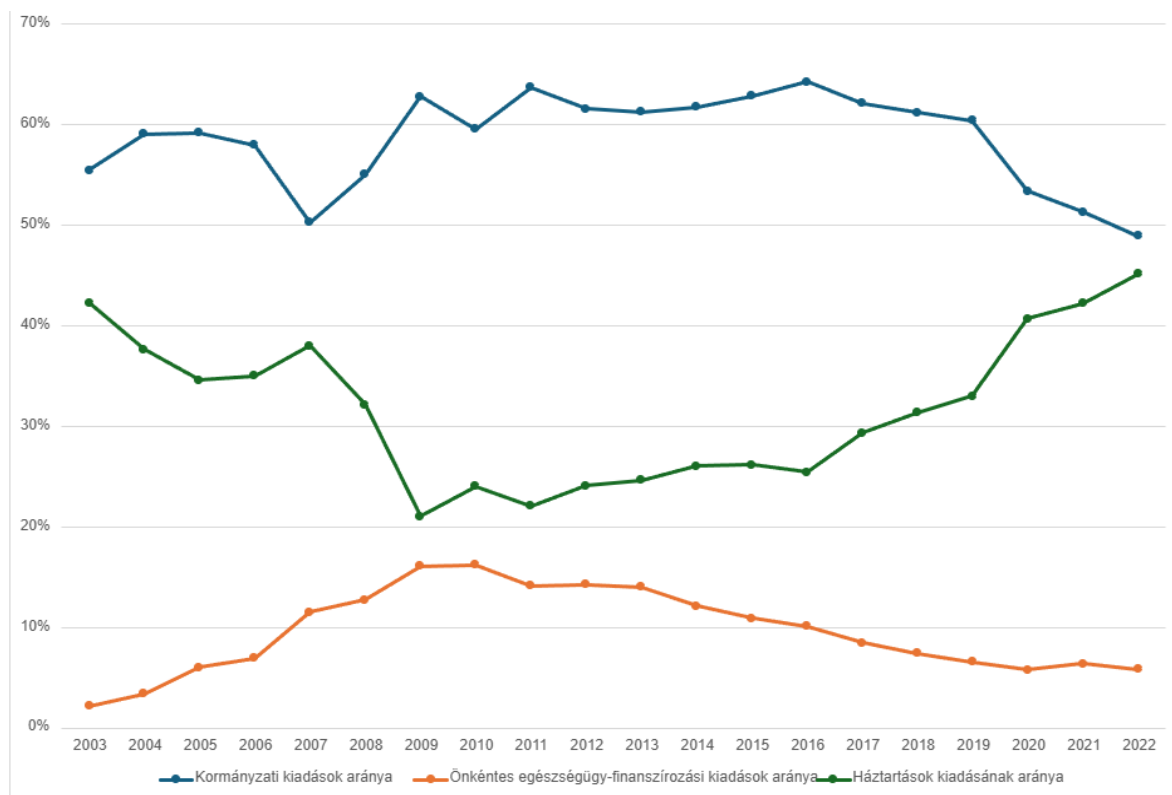


Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

Csak összehasonlításként jegyezzük meg, hogy ez az összeg teljesen megegyezik a 2022-ben a hosszú ápolási idejű ellátásra fordított összes kiadással (176 milliárd Ft), némileg több, mint a 2022-ben prevencióra fordított összeg (128 milliárd Ft), nagyságrendileg megegyezik az ugyanebben az évben megvalósított összes egészségügyi beruházással (180 milliárd Ft), viszont kevesebb mint fele annak, amit csak a háztartások (!) járóbeteg-ellátásra költöttek (382 milliárd Ft), de még így is több, mint az önkéntes egészségügy-finanszírozási alrendszerek kiadásai voltak (138,7 milliárd Ft) ugyanebben az évben.

Finanszírozási szempontból rendkívül tanulságos, ha az alrendszerekre (kormányzat, önkéntes egészségpénztárak, háztartások) vonatkozó adatokat nem csak nominálisan, hanem arányaiban tekintjük át.

12.10. ábra A kormányzat, a háztartások és az önkéntes pénztárak GYSE kiadásainak aránya
2003-2022 (%)



Forrás: KSH adatok alapján saját szerkesztés

A leginkább szembeűnő tendencia a háztartások kiadási arányának 2007-2009 közötti csökkenését követő, kezdetben lassú, majd 2019-től kezdve ugrásszerű növekedése. Ezzel párhuzamosan a kormányzati GYSE-kiadások aránya némi hullámzást követően 2017-től lassan, majd 2019-től erőteljesen csökkent, így e két folyamat eredményeként 2022-ben a GYSE-kiadások aránya 50% alá (48,97%) süllyedt (a csúcspont 2016-ban volt: 64,29%). A GYSE-kiadások 2022-ben mért rekordalacsony kormányzati kiadásaránya rekordmagas háztartási kiadásaránnal párosult, így e két alrendszer közötti olló 2022-re csaknem teljesen bezárult, ennek megfelelően az önkéntes egészségpénztári kiadások 2010 óta egyre eljelenéktelenednek: 2022-ben már 6% alá csökkent, szemben a 2010-ben mért, 16,25%-os csúcsrészesedéssel.

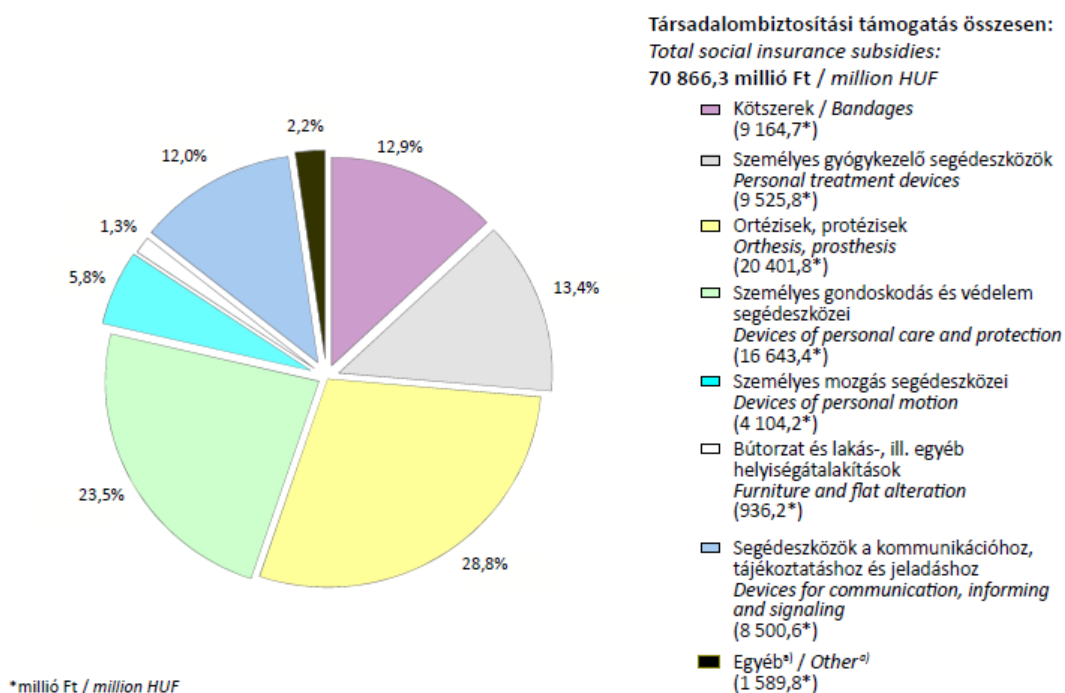
A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásának megoszlása NEAK adatok alapján

Ebben az alfejezetben a NEAK Statisztikai Évkönyvének 2020. évi adatokat tartalmazó kiadása alapján mutatjuk be a GYSE társadalombiztosítási támogatásának megoszlását.

A következő ábra a gyógyászati segédeszközök TB támogatásának megoszlását mutatja termékcsoportonként 2020-ban, összesen 70 866,3 millió Ft értékben. A legnagyobb részesedést az **ortézisek és protézisek** adják (28,8%), ezt követik a **személyes gondoskodás és védelem segédeszközei** (23,5%). Jelentős még a **személyes gyógykezelő eszközök** (13,4%) és a **köttszerek** (12,9%) aránya, míg a **kommunikációt segítő eszközök** is számottevő részt képviselnek (12,0%).

A kisebb súlyú kategóriák közé tartoznak a **személyes mozgást segítő eszközök** (5,8%), valamint a **bútorzat és lakásadaptáció** (1,3%) és az **egyéb** tételek (2,2%). Az adatok alapján a támogatási struktúra elsősorban a nagy értékű, tartós és komplex eszközökre koncentrál, míg az életminőséget javító, de kisebb költségű vagy szűkebb körben használt eszközök alacsonyabb arányban részesülnek támogatásban.

12.11. ábra Gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatása termékcsoportonként 2020 (% , millió Ft)



^{a)} Háztartási segédeszközök, alkatrészek, nem támogatott termékek javítási munkadíja, rezsi óradíj, NEAK méltányossági engedélyre kiszolgált és nem besorolható gyógyászati segédeszközök, korrekció
Household devices, constituent parts, cost of fixing non-subsidized products, overhead per hour, medical aids allocated on the basis of equity permission issued by NIHFIM and no classification, correction

Forrás: NEAK évkönyv, 2020

A következő táblázat a gyógyászati segédeszközök gyógyszerértéke, támogatott forgalmának alakulását mutatja 2010 és 2020 között (vényforgalmi adatok alapján). A vizsgált időszakban mind a felírt receptek száma, mind a forgalom értéke folyamatos

növekedést mutat: a vények száma 1,6 millióról 2,25 millió fölé emelkedett, míg a támogatott forgalom 10,2 milliárd Ft-ról 15,7 milliárd Ft-ra nőtt. A növekedés üteme különösen 2010. és 2015. között volt jelentős, ezt követően mérsékeltebb bővülés figyelhető meg.

A finanszírozási szerkezet viszonylag stabil maradt: a TB támogatás aránya végig magas, 77–79% között alakul, miközben a lakossági térítési díj aránya 17–18% körül mozog. Összességében elmondható, hogy abszolút értékben mindkettő emelkedik, azonban a támogatása és a lakossági teherviselés aránya pedig érdemben nem változott a vizsgált időszakban.

12.3. táblázat Gyógyászati segédeszközök gyógyszerári támogatott forgalmának alakulása 2010, 2015, 2019 és 2020 (% , millió Ft)

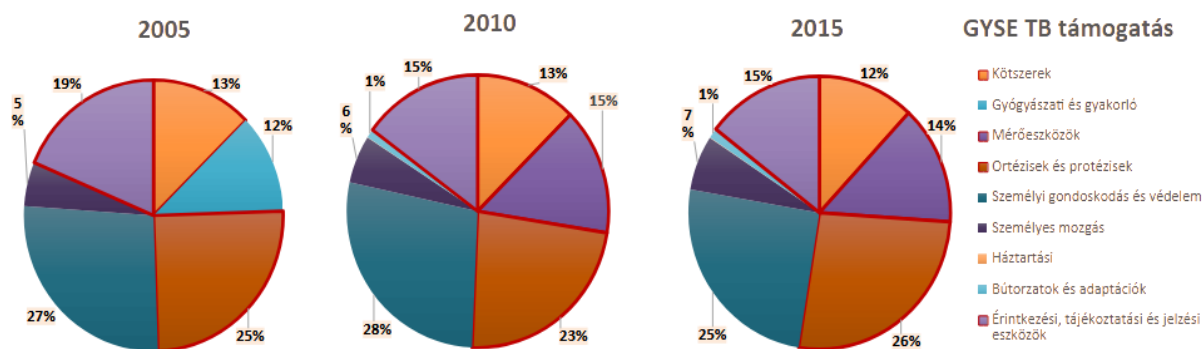
Megnevezés Denomination	2010	2015	2019	2020
Vény, ezer db / Prescriptions, thousands	1 605,6	2 062,2	2 223,9	2 247,7
Támogatott forgalom, millió Ft Subsidized turnover, million HUF	10 185,0	13 142,1	15 076,6	15 723,6
ebből: / of which:				
társadalombiztosítási támogatás social insurance subsidies				
összege, millió Ft / amount, million HUF	7 861,5	10 385,2	11 915,1	12 415,0
aránya, % / proportion, %	77,2	79,0	79,0	79,0
lakossági térítési díj / public price				
összege, millió Ft / amount, million HUF	1 796,9	2 278,4	2 664,2	2 806,7
aránya, % / proportion, %	17,6	17,3	17,7	17,8

Forrás: NEAK évkönyv, 2020.

Két példacsoport: kötszerek és oxigénellátás

Az E. Alap belső kiadásszerkezete több ponton csaknem állandó: stabilan a személyi gondoskodás és védelem eszközeire (pl. higiénés segédeszközök, sztómazsákok, vizeletelvezetők, szobai wc-k, pelenkák stb.) valamint az ortézisekre, protézisekre költ legtöbbet a NEAK. E két csoport összesített támogatásiáramlása minden évben meghaladja az összes GYSE-támogatás felét.

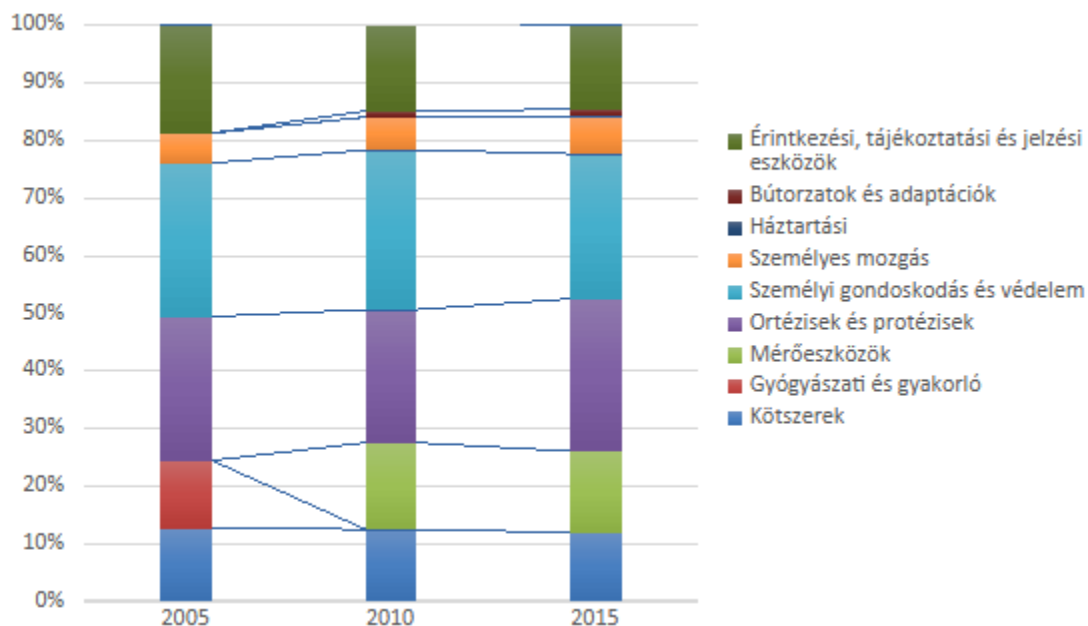
12.12. ábra GYSE TB támogatások 2005, 2010, 2015 (%)



Forrás: NEAK évkönyvek

A támogatáskiáramlás összetételében az elmúlt húsz évben egy jelentősebb átrendeződés volt: a mozgás-, erő-, és egyensúlygyakorló eszközök visszaszorulásával a mérőeszközök támogatása nőtt meg.

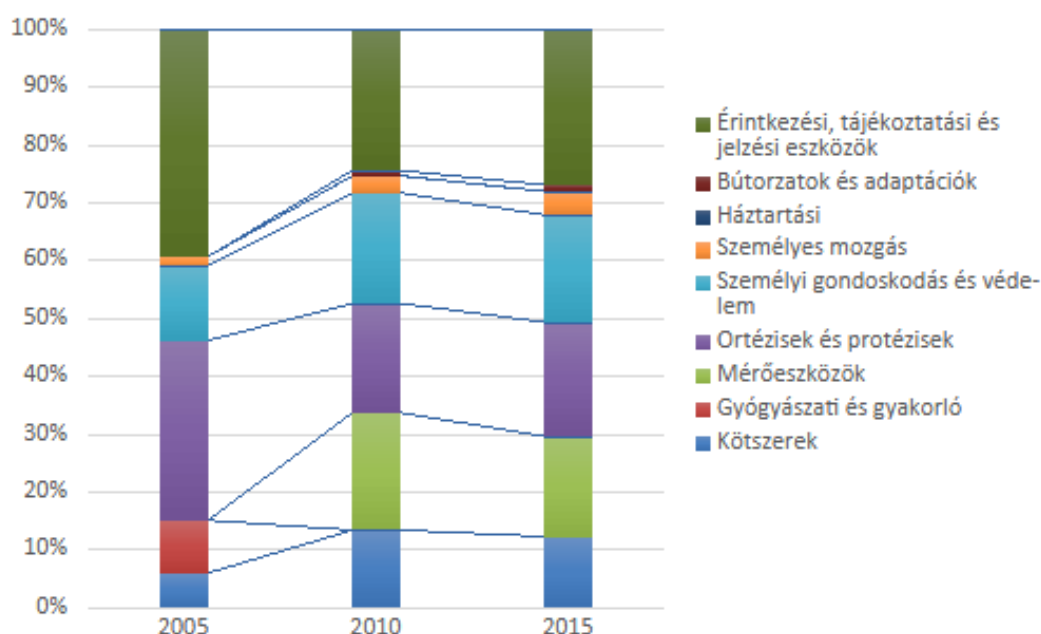
12.13. ábra GYSE TB támogatások 2005, 2010, 2015 (%)



Forrás: NEAK évkönyvek

Nagyobb átrendeződést mutat a támogatott eszközök lakosság által fizetett térítési díj-összetétele. A kifizetett térítési díjakon belül jelentősen csökkent a személyes mozgást támogató eszközök, valamint az ortézisek és protézisek részesedése, helyettük viszont jelentősen nőtt a kötszerek, valamint a személyi gondoskodás és védelem eszközeire kifizetett díjak aránya.

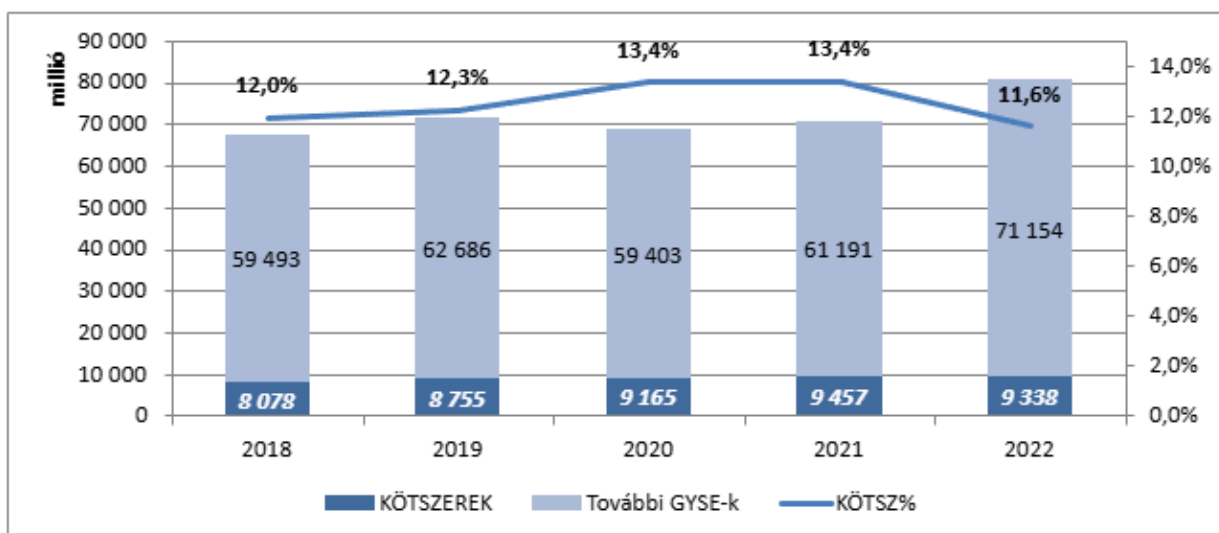
12.14. ábra GYSE térítési díjak 2005, 2010, 2015 (%)



Forrás: NEAK évkönyvek

Vizsgáljunk meg részletesebben két GYSE-csoportot. Az egyik a kötszerek csoportja, amelynek tb-támogatási részesedési aránya sokáig csaknem állandó volt, egészen 2022-ig 12% körül mozgott, az utolsó két teljese évben (2023, 2024) azonban 9%-ra csökkent a részesedése.

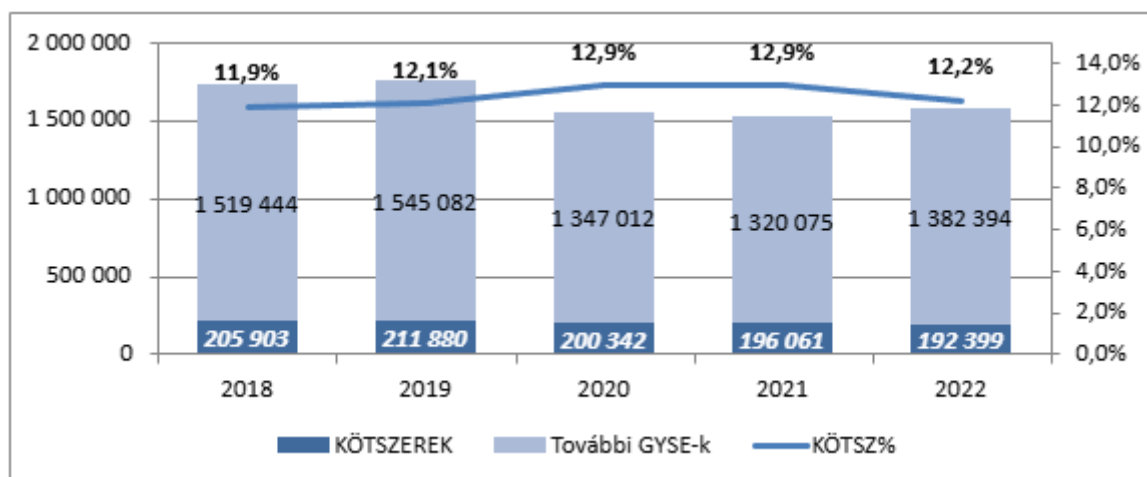
12.15. ábra Kötszerek és további GYSE-k TB támogatási részesedési aránya 2018-2022 (%
millió Ft)



Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

Ugyancsak állandóságot mutat a kötszertámogatásban részesülő betegek aránya.

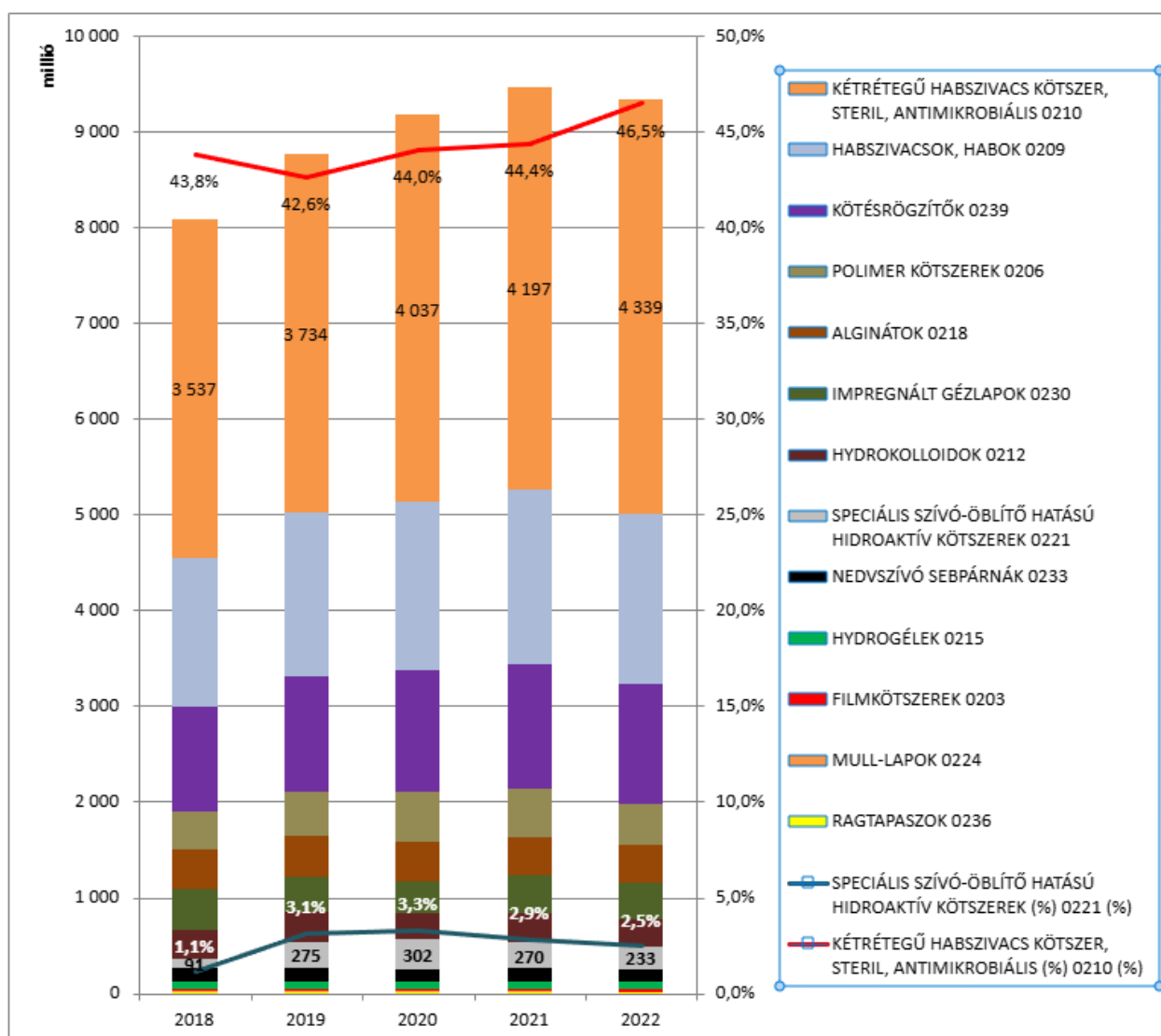
12.16. ábra Kötszertámogatásban részesülő betegek aránya 2018-2022 (% , millió Ft)



Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

A kötszerekre fordított TB támogatás belső összetétel is átalakult az utóbbi években. Az innovatív kétrétegű habszivacs kötszerek részesedése a kötszereken belül 2022-ig meredeken felfelé ívelt: 4 milliárd Ft körüli támogatáskiáramlással a kötszerekre fordított támogatás közel felét jelentette, majd 2023-ban 2,7 milliárd Ft-ra esett vissza a támogatása.

12.17. ábra A kötszerekre fordított TB támogatás belső összetétele 2018-2022 (% , millió Ft)



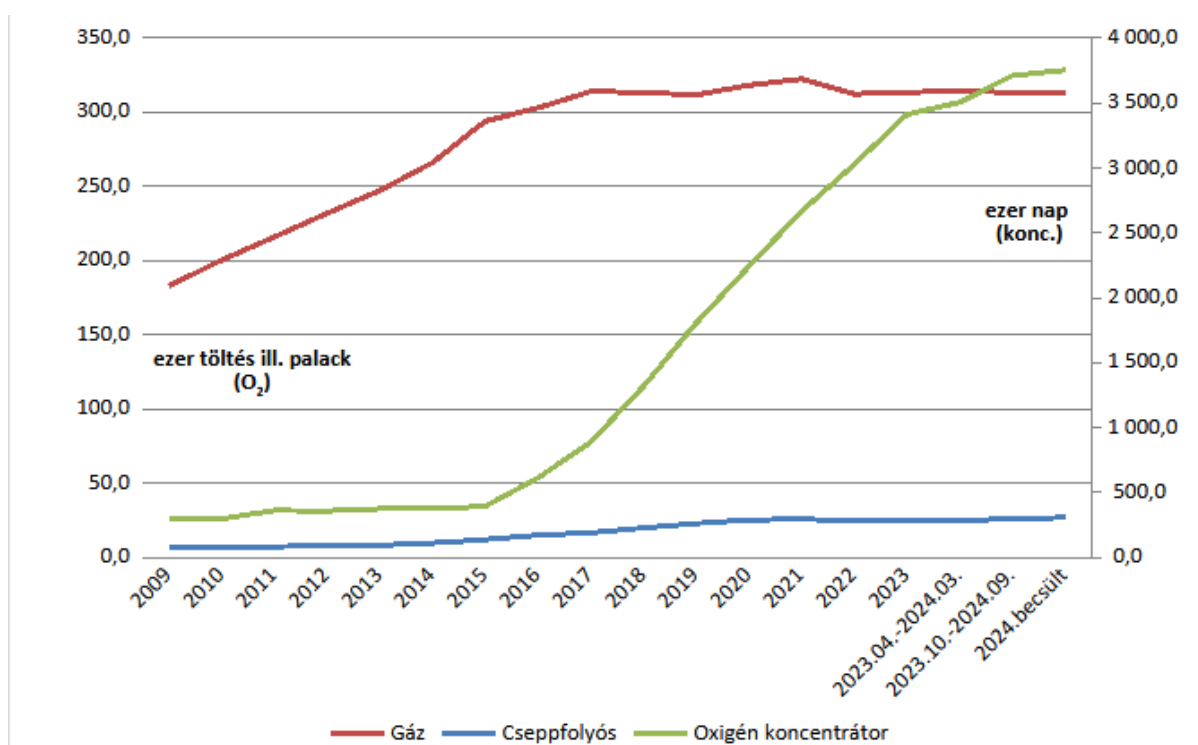
Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

Vizsgáljunk meg egy másik speciális területet is, az oxigénellátás támogatását! A befogadási rendelet 9. számú melléklete tartalmazza a társadalombiztosítási támogatással kölcsönözhető gyógyászati segédeszközöket. A melléklet 2016 óta hatályos, egyetlen csoport található benne: az oxigén koncentrátorok (ISO 04 03 18 06 03), amit krónikus obstruktív légúti betegség indikációban tüdőgyógyászat, gyermek-tüdőgyógyászat rendelhet 98%-os támogatással. E csoport magas intenzitású kölcsönzési támogatottságának szükségességét a kereslet egyértelműen igazolta, hiszen a 2016-ot megelőző évi 1500 körüli betegszám a támogatás bevezetése után exponenciálisan nőtt, így 2023-ra már meghaladta a 14 ezer főt, maga után utasítva az a piacot addig uraló oxigéngázt és cseppfolyós oxigént.

A következő ábra az oxigénellátás támogatásának alakulását mutatja 2009. és 2024. között, három különböző ellátási forma szerint: gáz (palackos oxigén), cseppfolyós oxigén, valamint oxigénkoncentrátor. A bal oldali tengely az ezer töltés/palack mennyiséget, míg a jobb oldali tengely az ezer napban mért használatot jelzi.

A **palackos (gáz) oxigénellátás** a vizsgált időszak elején domináns szerepet tölt be. 2009 és 2016 között folyamatos növekedés figyelhető meg (kb. 180 ezerről 300 ezer töltés/palack fölé), majd ezt követően egy stagnáló szakasz következik enyhe ingadozásokkal. 2020 után kisebb visszaesés, majd ismét stabilizálódás látható.

12.18. ábra Oxigénellátás támogatás alakulása 2009-2024 (ezer töltés/palack, ezer nap)



Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

A **cseppfolyós oxigén** felhasználása a teljes időszakban alacsony szinten marad. Bár 2009 és 2021 között mérsékelt, folyamatos emelkedés figyelhető meg, az értékek végig nagyságrenddel elmaradnak a palackos ellátástól. 2021 után gyakorlatilag stagnálás tapasztalható, ami arra utal, hogy ez az ellátási forma nem vált széles körben dominánssá.

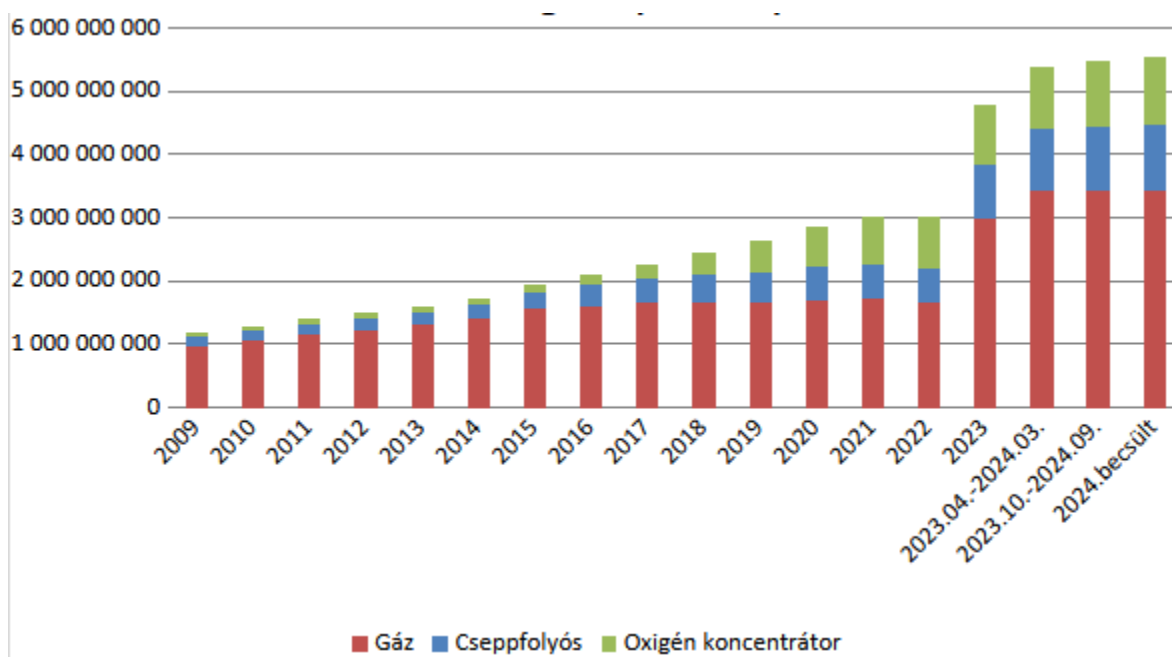
Ezzel szemben az **oxigénkoncentrátorok használata** rendkívül dinamikus növekedést mutat. 2009. - 2015. között még alacsony és stagnáló szinten van jelen, majd 2016-tól meredek felfutás indul. 2018. és 2023. között különösen gyors növekedés figyelhető meg,

amelynek eredményeként az ezer napban mért érték több ezerre emelkedik. 2023 után a növekedés üteme lassul, de továbbra is emelkedő trend látható.

Összességében a 12.18-as ábra egyértelmű strukturális átrendeződést jelez az oxigénellátásban: míg korábban a palackos forma dominált, addig az utóbbi években az oxigénkoncentrátorok váltak meghatározóvá. A cseppfolyós oxigén szerepe mindvégig marginális maradt a rendszerben.

Megjegyzendő, hogy a betegek – betegségüktől, állapotuktól függően – jellemzően oxigén koncentrátort és gáz/cseppfolyós oxigént egyaránt igénybe vesznek, ezért mind az ellátási szükségletek kielégítése, mind a forrásallokáció tekintetében optimális egyensúlyt célszerű kialakítani. Éves szükséglet viszonylatában a koncentrátor költségnéz TB támogatási vonzata 4-8-szor kisebb, mint az oxigén gázé.

12.19. ábra Oxigénellátás TB támogatásának alakulása 2009-2024 (millió Ft)



Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

12.8. Kontrollkérdések

- Milyen globális trendek indokolják a segédeszközök hozzáférhetőségének javítását a WHO és az ENSZ előrejelzései szerint?
- Mekkora a valamilyen korlátozottsággal élő népesség becsült száma Magyarországon a 2022-es népszámlálás és a szakmai szervezetek adatai alapján?
- Hogyan változott a fogyatékoság megközelítése az 1960-as évekbeli paradigmaváltás hatására, és ez hogyan jelent meg a fogalomhasználatban?
- Mi a különbség a nemzetközi szinten használt „támogató technológia” (assistive technology) és a hazai „gyógyászati segédeszköz” definíciója között?
- Melyik nemzetközi szabvány szolgál a hazai gyógyászati segédeszköz-támogatási lista és osztályozás alapjául?
- Melyek a gyógyászati segédeszköz fogalmának legfontosabb elemei a 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv.) aktuális meghatározása szerint?
- Milyen jelentősége volt az 1891. évi XIV. törvénycikknek a hazai segédeszköz-szabályozás történetében?
- Milyen főbb jogszabályok (törvények és rendeletek) alkotják a jelenlegi hazai GYSE-támogatási rendszert?
- Hogy változott a GYSE támogatások aránya a természetbeni ellátásokon belül?
- Hogyan alakultak a gyógyászati segédeszközökre fordított kiadások a gyógyszerkiadásokhoz képest?
- Mely főbb eszközcsoportok (pl. mozgásszervi, hallásjavító) generálják a legnagyobb kiadást az egészségbiztosító számára?
- Hogyan alakult a lakossági önerő (térítési díj) és az állami támogatás aránya a KSH és a NEAK statisztikái szerint?

12.9. Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
GYSE (Gyógyászati segédeszköz)	Olyan eszköz, amely átmeneti vagy végleges egészségkárosodással élő ember személyes használatába kerül, és diagnosztikus, terápiás vagy rehabilitációs célt szolgál.
AT (Assistive Technology)	Támogató technológia; olyan eszközök, rendszerek és szolgáltatások gyűjtőneve, amelyek segítik a fogyatékosággal élő személyek funkcióképességét és önállóságát.
ISO 9999	Nemzetközi szabvány, amely a fogyatékosággal élő személyek támogató termékeinek (GYSE) egységes osztályozására és terminológiájára szolgál.

Gyftv. (2006. évi XCVIII. tv.)	A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátásról szóló törvény, a hazai támogatási rendszer alapja.
E. Alap (LXXII. fejezet)	Egészségbiztosítási Alap; a társadalombiztosítás azon pénzügyi kerete, amelyből a gyógyászati segédeszközök ártámogatását finanszírozzák.
Orvostechnikai eszköz	Minden olyan műszer, készülék, szoftver vagy anyag, amelyet gyógyászati célra (megelőzés, diagnózis, kezelés) szánnak és nem gyógyszerhatás útján hat.
Ápolási technikai eszköz	A gyógyászati segédeszközök azon csoportja, amely az ápolást, a mindennapi életvitelt és a mobilitást könnyíti meg (pl. betegágy, antidecubitus matrac).
Befogadási rendelet (14/2007. EüM)	Jogszabály, amely meghatározza a segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának és a támogatás megállapításának szabályait.
SEJK	Online Segédeszköz Jegyzék; a NEAK által vezetett adatbázis, amely tartalmazza a támogatott gyógyászati segédeszközök listáját és árait.
PUPHA	Publikus Forgalmi Adatok; a támogatott készítmények és eszközök havi rendszerességgel frissülő hivatalos listája.
Paradigmaváltás	Szemléletváltás a rehabilitációban: az orvosi megközelítés (betegségközpontúság) helyett a szociális-funkcionális modell (akadálymentesítés, önállóság) került előtérbe.

12.10. Ábra és táblázat jegyzék

12.1. ábra Az orvostechnikai- és gyógyászati segédeszközök viszonyrendszere	7
12.2. ábra GYSE kérelmek száma és összetétele 2010-2024 (db)	29
12.3. ábra GYSE döntések száma és összetétele 2010-2024 (db)	30
12.4. ábra Természetbeni kiadások alakulása 1995-2025 (milliárd Ft)	31
12.5. ábra GYSE arány a természetbeni kiadásokhoz képest 1995-2025 (%).....	32
12.6. ábra GYSE aránya a gyógyszerkiadásokhoz képest 1995-2025 (%)	32
12.7. ábra Gyógyszer-, GYSE-, gyógyfürdő kiadások 1995-ös reáltértéken 1995-2024 (milliárd Ft)	34
12.8. ábra E. Alap kiadásai a GDP %-ában 1995-2023 (%)	35
12.9. ábra A GYSE kiadások összetétele 2003-2022 (milliárd Ft)	36
12.10. ábra A kormányzat, a háztartások és az önkéntes pénztárak GYSE kiadásainak aránya 2003-2022 (%)	37
12.11. ábra Gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatása termékcsopontonként 2020 (% , millió Ft)	38
12.12. ábra GYSE TB támogatások 2005, 2010, 2015 (%).....	40
12.13. ábra GYSE TB támogatások 2005, 2010, 2015 (%).....	40
12.14. ábra GYSE térítési díjak 2005, 2010, 2015 (%).....	41

12.15. ábra Kötszerek és további GYSE-k TB támogatási részesedési aránya 2018-2022 (% , millió Ft).....	41
12.16. ábra Kötszertámogatásban részesülő betegek aránya 2018-2022 (% , millió Ft) 42	
12.17. ábra A kötszerekre fordított TB támogatás belső összetétele 2018-2022 (% , millió Ft).....	43
12.18. ábra Oxigénellátás támogatás alakulása 2009-2024 (ezer töltés/palack, ezer nap)	44
12.19. ábra Oxigénellátás TB támogatásának alakulása 2009-2024 (millió Ft)	45
12.1. táblázat A 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet módosításai a hatálybalépés óta.....	17
12.2. táblázat A 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet mellékletei	21
12.3. táblázat Gyógyászati segédeszközök gyógyszerári támogatott forgalmának alakulása 2010, 2015, 2019 és 2020 (% , millió Ft)	39
12.4. táblázat GYSE ISO csoportok.....	50

12.11. Hivatkozások

- Assistive products for persons with disability — Classification and terminology ISO:9999:2016
<https://www.iso.org/standard/60547.html>
- Gyógyászati Segédeszköz Jegyzék
<https://sejk.neak.gov.hu/content.php?s=catalog>
- Jacqueline Louise Finch et al. Biomechanical Assessment of Two Artificial Big Toe Restorations From Ancient Egypt and Their Significance to the History of Prosthetics, *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 2012/4. 181.
- Menich Nóra. AT, GYSE, IKT, AAK... Az önálló életvitelt támogató- segítő eszközök és technológia – fogalmi tisztázás és helyzetkép, *Fogyatékoság és társadalom*, 7:1 (2021)
https://real-j.mtak.hu/21097/1/FT_2021_1.pdf
- Menich, Nóra. Kié a jog, kié a felelősség? 1. rész – A támogató eszközökhöz való hozzáférés Magyarországon és Olaszországban. *CARISSIMI* 10:2 (2019)
https://www.carissimi.sk/wp-content/uploads/2016/01/carissimi_lapja_2019aprilis.pdf
- MEOSZ - A MEOSZ és partnerszervezetei egyeztetést kezdeményeznek...
<https://www.meosz.hu/blog/a-meosz-es-partnerszervezetei-egyeztetest-kezdemenyeznek-kormanyzattal-a-gyogyaszati-segedeszkozok-afajanak-csokkentese-vegett/>
- Népszámlálás 2022 <https://nepszamlalas2022.ksh.hu/>
- NEAK - Gyógyászati segédeszköz ellátás
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/gyogy-szer_segedeszkoz_gyogyfuro_tamogatas/gyogyaszati_segedeszkozok
- NEAK - Gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatásának megállapítása
https://www.neak.gov.hu/preview/felso_menu/rolunk/kozerdeku_adatok/tevekenysegre_mukodesre_vonatkozó_adatok/a_hatosagi_ugyek_intezesenek_rendjevel_kapcsolatos/gyse_tb_befogadas/gyse_tb_tamogatas_megallapitasa

- NEAK - Közzététel eljárások megindításáról
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfurdo_tamogatas/egeszsegugyi_vallalkozasoknak/gyartok_forgalomba_hozok/gyse_artamogatasi_rendszer_es_befogadas/kozzetetel_gyse
- NEAK Statisztikai Évkönyv 2020
<http://site.neak.gov.hu/statisztika/2020/index.html>
- OGYÉI – Gyógyászati segédeszköz fogalma
https://ogyei.gov.hu/gyogyaszati_segedeszkoz_fogalma
- WHO. A71/21 Improving access to assistive technology. 2018
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha71/a71_21-en.pdf

Jogszabályok:

- A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény
- 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról
- 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól (Gyftv.)
- 2007. évi XCII. törvény a fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 1891. évi XIV. törvénycikk az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről
- Magyarország Alaptörvénye (2011. április 11.)
- 8/1988. (VIII. 1.) SZEM rendelet a gyógyászati segédeszköz ellátásról
- 7/2004. (XI. 23.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeiről
- 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról
- 23/1988. (XII. 26.) SZEM rendelet a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök után járó társadalombiztosítási támogatás igénybevételéről
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény végrehajtásáról
- 48/2000. (IV. 13.) Kormányrendelet a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyászati segédeszközökről és a támogatás összegéről szóló
- 21/1982. (Eü. K. 20.) EüM utasítás a gyógyászati segédeszközök rendelkezéséről és kiszolgáltatásáról
- 25/1980. (Eü. K. 18.) EüM utasítás a magyar állampolgárok személyzeti gyógyászati segédeszköz ellátásáról

12.12. Melléklet

12.4. táblázat GYSE ISO csoportok

02 KÖTSZEREK
02 03 FILMKÖTSZEREK
02 06 POLIMER KÖTSZEREK
02 09 HABSZIVACSKOK, HABOK
02 10 KÉTRÉTEGŰ HABSZIVACS KÖTSZER, STERIL, ANTIMIKROBIÁLIS
02 12 HYDROKOLLOIDOK
02 15 HYDROGÉLEK
02 18 ALGINÁTOK
02 21 SPECIÁLIS SZÍVÓ-ÖBLÍTŐ HATÁSÚ HIDROAKTÍV KÖTSZEREK
02 24 MULL-LAPOK
02 30 IMPREGNÁLT GÉZLAPOK
02 33 NEDVSZÍVÓ SEBPÁRNÁK
02 36 RAGTAPASZOK
02 39 KÖTÉSROGZÍTÓK
04 SZEMÉLYES GYÓGYKEZELŐ SEGÉDESZKÖZÖK
04 03 LÉGZÉSTERÁPIA SEGÉDESZKÖZEI
04 06 KERINGÉSI TERÁPIÁS SEGÉDESZKÖZÖK
04 12 HASISÉRV-SEGÉDESZKÖZÖK
04 19 SEGÉDESZKÖZÖK GYÓGYSZERBEADÁSHOZ
04 24 FIZIKAI, ÉLETTANI ÉS BIOKÉMIAI VIZSGÁLÓ KÉSZÜLÉKEK ÉS ANYAGOK
04 27 INGERLŐK
04 39 LÁTÁSGYAKORLÁSI SEGÉDESZKÖZÖK
04 45 GERINCNYÚJTÁS ESZKÖZEI
04 48 MOZGÁS-, ERŐ- ÉS EGYENSÚLYGYAKORLÓ ESZKÖZÖK
06 ORTÉZISEK ÉS PROTÉZISEK
06 03 GERINCORTÉZIS-RENDSZEREK
06 06 FELSO VÉGTAGOK ORTÉZISRENDSZEREI (TESTEN VISELT)
06 12 ALSÓ VÉGTAGOK ORTÉZISRENDSZEREI (TESTEN VISELT)
06 18 FELSO VÉGTAGOK PROTÉZISRENDSZEREI
06 24 ALSÓ VÉGTAGOK PROTÉZISRENDSZEREI
06 30 EGYÉB NEMVÉGTAG-PROTÉZISEK
06 33 ORTOPÉD CIPŐK ÉS TARTOZÉKAIK
09 SZEMÉLYI GONDOSKODÁS ÉS VÉDELEM SEGÉDESZKÖZEI
09 03 RUHÁK ÉS CIPŐK
09 06 TESTEN VISELT VÉDŐESZKÖZÖK
09 12 HIGIÉNÉS SEGÉDESZKÖZÖK
09 15 TRACHEOSTOMIÁS SEGÉDESZKÖZÖK
09 18 SZTÓMATERÁPIÁS SEGÉDESZKÖZÖK
09 24 VIZELETTELVEZETŐK
09 27 VIZELETGYŰJTŐK
09 30 VIZELETFELSZÍVÓ ÉS DEFEKÁLÁSI SEGÉDESZKÖZÖK
09 33 MOSDÁSI, FÜRDÉSI ÉS ZUHANYZÁSI SEGÉDESZKÖZÖK
12 SZEMÉLYES MOZGÁS SEGÉDESZKÖZEI
12 03 EGY KARRAL MŰKÖDTETETT, JÁRÁST SEGÍTŐ ESZKÖZÖK
12 06 KÉT KARRAL MŰKÖDTETETT, JÁRÁST SEGÍTŐ ESZKÖZÖK
12 16 MOPEDEK ÉS MOTORKERÉKPÁROK
12 21 KEREKESZÉKEK
12 24 KEREKESZÉKEK EGYÉB TARTOZÉKAIK
12 39 TÁJÉKOZÓDÁSI SEGÉDESZKÖZÖK

15 HÁZTARTÁSI SEGÉDESZKÖZÖK
15 09 EVÉSI ÉS IVÁSI SEGÉDESZKÖZÖK
18 BÚTORZAT ÉS LAKÁS- VAGY EGYÉB HELYISÉG-ÁTALAKÍTÁSOK
18 09 ÜLŐBÚTOROK
18 12 ÁGYAK
18 18 TÁMASZTÓESZKÖZÖK
21 SEGÉDESZKÖZÖK KOMMUNIKÁCIÓHOZ, TÁJÉKOZTATÁSHOZ ÉS JELADÁSHOZ
21 03 OPTIKAI SEGÉDESZKÖZÖK
21 42 SZEMTŐL SZEMBENI KOMMUNIKÁCIÓS ESZKÖZÖK
21 45 HALLÁSJAVÍTÓ ESZKÖZÖK
21 51 RIASZTÓ RENDSZEREK

Forrás: Gyógyászati Segédeszköz Jegyzék

13. A fürdőgyógyászati kezelések és TB finanszírozásuk elemzése

Szerzők: Dózsa Csaba László, Marczis Rebeka, Árvai Boglárka, Cseh Borbála, Tóth Melanie Éva

Tartalom

13.	A fürdőgyógyászati kezelések és TB finanszírozásuk elemzése	1
13.1.	Bevezetés	2
13.2.	Kitekintés: a fürdőgyógyászati ellátások nemzetgazdasági jelentősége és nemzetközi egészség-turisztikai trendek	2
13.2.1.	Egészségturizmus jelentősége Magyarországon a Turizmus Ügynökség közleményei alapján	2
13.2.2.	A fürdőgyógyászati szektor gazdasági és társadalmi jelentősége	4
13.3.	A gyógyfürdő ellátások TB támogatásának alakulása az E. Alapon belül az 1990-es évek közepétől	5
13.3.1.	A hazai szolgáltatási trendek elemzése a '90-es évek közepétől napjainkig	6
13.3.2.	A gyógyfürdő kassza aránya az Egészségbiztosítási Alap Természetbeni ellátási kiadásaihoz képest.....	8
13.3.3.	A gyógyfürdők TB támogatási arányának elemzése az éves költségvetési beszámolók alapján - 2018-2024 időszakában	10
13.3.4.	Inflációs trendek bemutatása és a Gyógyfürdő ellátások reálértékének vizsgálata a 2012-es ártámogatási megállapodás óta	14
13.3.5.	Javaslatok a TB által támogatott gyógyászati kezelések finanszírozásának valorizálására	17
13.4.	A gyógyászati kezelések körének felülvizsgálata.....	23
13.4.1.	A 2025. áprilisi kérdőíves felmérés felépítése és eredményei.....	23
13.4.2.	A 2025. május 9-én lebonyolított Workshop eredményei	24
13.4.3.	Összegzés, főbb megállapítások és a továbbfejlesztés irányai	29
13.5.	Kontrollkérdések	32
13.6.	Kulcsfogalmak és rövidítések	34
13.7.	Ábra és táblázat jegyzék	35
13.8.	Hivatkozások	35
13.9.	Melléklet.....	37

13.1. Bevezetés

A fürdőgyógyászati ellátások társadalombiztosítási (TB) finanszírozása több mint 50 évre tekint vissza. Azonban már a 80-as évek végére és a 90 évek elejére országos ellátási hálózatról beszélhetünk. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) megalakulásakor és első éveiben a Fürdőgyógyászati vagy más néven gyógyfürdő, későbbi néven Gyógytényezős gyógyászati ellátások és kezelések TB finanszírozása olyan jelentős súly képviselt az Egészségbiztosítási Alap támogatott ellátásai körében, hogy az éves statisztikai évkönyvekben 6-8 oldalt szenteltek az ellátások bemutatásának. Akkoriban még „csak” 4-5 kezelés típust támogattak beutalóval és vény alapú felírás keretében. 2011-re a mofetta gyógygázfürdő beillesztésével már 11-re bővült a támogatott kezelések köre. Az alábbi fejezetben főleg a támogatások jellegét, a kezelések éves volumenének és a TB támogatási összegek éves alakulását mutatjuk be. Kitekintünk a következő időszak orvosszakmai – gyógyászati fejlesztési lehetőségeire, Emellett röviden kitekintünk a gyógyfürdők, gyógyszállók gazdálkodására, a TB támogatott kezelések súlyára, és magára az egészségturizmus nemzetgazdasági jelentőségére is. Jelen fejezet alapját képező kutatás és szakértői munkák 2025. évben március – július hó között a Magyar Fürdőszövetség anyagi támogatásában részesültek.

13.2. Kitekintés: a fürdőgyógyászati ellátások nemzetgazdasági jelentősége és nemzetközi egészség-turisztikai trendek

13.2.1. Egészségturizmus jelentősége Magyarországon a Turizmus Ügynökség közleményei alapján

Az egészség és benne az orvosi turizmus fejlődésére és kilátásaira fókuszáló legfrissebb nemzetközi felmérés alapján emeltük ki a tanulmányunk számára legfontosabb megállapításokat a Global Medical Tourism Market. Market Analysis (2019-2034) – jelentés alapján (Market Research Future® 2025., továbbiakban: Riport). A Riportban kihangsúlyozzák, hogy az orvosi turizmus szektor a 2024.-2025. évi 12-14 Mrd dollárról 2034-re több mint kétszeresére növekedhet (34 Mrd USD, 8, oldal).

Az öt vezető betegcsoport közül az egyik legnagyobb szegmenset a mozgásszervi és gerincbetegségek adják (Orthopedic/spine Treatments), és nem csak a sebészeti beavatkozások, hanem az azokat kiegészítő vagy helyettesítő rehabilitációs és egyéb orvosi eljárások. Az időseknek nyújtott szolgáltatások is számos innovatív elemet tartalmaznak:

„Additionally, the elderly segment has emerged as an innovator, often seeking affordable medical care, rehabilitation services, or long-term treatment options that enhance their quality of life.”

Ebben a riportban vizsgálják azokat a meghatározó demográfiai trendeket és fogyasztói preferenciákat is, amelyek az egészségturizmusra hatnak. A Riport a komplex szolgáltatási szegmensben kiemeli a krónikus betegség-gondozási programokat is (Chronic Disease Management), de a hazai fürdőgyógyászati szolgáltatások szempontjából a komplex sebészeti eljárásokat megelőző vagy azt követő gyógyászati kezelések iránt is növekedhet az igény. A betegek motivációjának felét a minőségi ellátás és a speciális szolgáltatások iránti igény teszi ki.

A hazai turizmus – és ennek markáns részeként az egészségturizmus – a nemzetgazdaság egyik legerősebb ágazata, tovagyűrűző (multiplikatív) hatásokkal együtt közel 12%-os GDP arányos részesedéssel, a COVID-19 pandémia okozta nagyjából kétéves visszaesést követően két-három év alatt már Magyarországon is visszaerősödött a 2019-es bázist jelentő magas szintre. Mind a vendégéjszakák, mind az igénybevett szolgáltatások, és ebből származó bevételek tekintetében fontos kihangsúlyozni, hogy a hazai turizmuson belül is az egészségturizmus, gyógyturizmus az egyik legnagyobb hozzáadott értékű terület.

Egy nemzetközileg és a belföldi turizmusban is fontos szolgáltatási ágazat egyik fontos jellemzője, hogy mennyire hozzáférhető széles hazai rétegek rekreációra és gyógyulásra váró lakosok számára. A gyógyturizmus ágazatának szakmai hitelességéhez az is hozzátartozik, hogy a hazai egészségügy számít-e erre a gyógyászati ágazatra, megfelelően illeszkedik-e az orvosszakmai eljárásokhoz, protokollokhoz, szerves részét képezi-e a – népegészségügyi szempontból is fontos – betegségek komplex kezelésének, akár invazív, akár nem invazív vagy gyógyszeres terápiájának.

Véleményünk szerint ebben a nemzetközileg is dinamikusan fejlődő turisztikai szektorban a gyógyászati ellátás nem lehet gyenge láncszem, nem hagyhatjuk elszorvadni a társadalombiztosításnak ezt az igen régi és fontos ágazatát! A TB finanszírozás keretében elérhető gyógyászati ellátásoknak az ország legtöbb területén jelentős kihatása (multiplikatív hatása) van a helyi gazdaságra, közösségekre és a települések fejlődésére. A hivatalos nemzetközi orvosi turizmust elemző riportok is kiemelik az egészség szerepének felértékelődését, és az egészségturizmus ágazatában rejlő jelentős potenciált. Ennek részeként kihangsúlyozzák a komplex szolgáltatások jelentőségét főként az idősödéssel együtt járó betegségek kezelésében (reumás betegségek, ízületi kopás).

Az egészségturizmus jelenleg a turizmuson belül hazánkban is az egyik legdinamikusabban fejlődő terület, ahol Magyarország egyedi adottságokkal, hagyományokkal rendelkezik.

A KSH adatai alapján a Magyarországra irányuló külföldi utazások mintegy 15%-ának fő motivációja a gyógy- és egészségturizmus. A magyarországi gyógyturizmus fő színterei a minősített gyógyhelyek és gyógyfürdők. A fürdőkhoz és a gyógyászati és egészségmegőrző szolgáltatásokhoz kapcsolódó közvetlen bevételek a 100 minősített gyógyfürdőben a KSH adatai szerint 2023-ban 10,3 Mrd Ft-ot ért el, ugyanakkor az ehhez szorosan kapcsolódó szálláshely szolgáltatás már 101,3 Mrd Ft-ot tett ki (KSH, 2024).

13.2.2. A fürdőgyógyászati szektor gazdasági és társadalmi jelentősége

A nemzetközi egészségturisztikai trendekhez illeszkedve, fontosnak tartjuk felhívni a figyelmet a hazai egészség- és gyógyturizmusban rejlő gazdasági és társadalmi fejlődési lehetőségekre (I. fejezet). Az alábbi koncepcionális 13.1. ábra egy elméleti keretrendszert vázol fel, melyben logikailag a bal alsó I. szövegdoboztól haladunk jobbra a II. szövegdobozon, majd átlósan a III. szövegdobozon át a IV. szövegdobozig. Vagyis a most meglévő több évtizedes szakmai és működési hagyományokon alapuló fürdőgyógyászati szektoron és céghálózaton alapulva jelentős fejlődési potenciált jelent az idősödő lakosság növekvő szükségletei kielégítésére, valamint a degeneratív mozgásszervi, reumatológiai és számos mentális betegségek és problémák kezelése számára akár már a középkorú lakosság számára is. Ezzel együtt egy másik fogyasztói elvárással is számolni kell (II. szövegdoboz): az erősödő prevenciók jellegű megközelítéssel, mely révén már a fiatalok és a középgeneráció széles köre is megszólítható, és vonzható be a fürdőgyógyászati kezeléseken alapuló szolgáltatásokba.

13.1. ábra A fenntartható és fejlődő gyógyászati – fürdőgyógyászati szektor összefüggésrendszere



Forrás: Szerzők

Fontos a fürdőgyógyászati és egyéb gyógyászati kezelések magasabb fokú integrációja az egész hazai egészségügyi ellátórendszerbe (III. szövegdoboz), a reumatológiai és egyéb betegségek gyógyászati alapú kezelésének orvosszakmai irányelvekbe és protokollokba illesztése. Ezek összeségükben megalapoznak egy bővülő szolgáltatási üzletágot, mely a hazai egészségturizmus ismételten megerősödő pillére lehet, növelve ennek nemzetközi gyógyturisztikai értékét is, komoly gazdasági és társadalmi hatásokkal (IV. szövegdoboz).

Jelen fejezet megírásának időpontjára nem álltak rendelkezésre friss költség-hatékonysági elemzések a gyógyászati ellátásokra vonatkozóan. A jövőben ugyanakkor mindenképpen szükségesnek tartjuk tudományos igényességgel megalapozott kontrollcsoportos prospektív klinikai vizsgálatok lefolytatását felnőttek körében (25-70 éves korosztályokban), melyek középtávú (2-4 éves) programként vállalhatók el országosan több fürdő gyógyászati egységének bevonásával. Kontrollcsoportként pedig ún. szárazkezelésekben részesülő betegeket javasolt kiválasztani. Javasolt indikációk a krónikus derékfájás, térdkopás, RA - Reumatoid Arthritis - alacsony, vagy remisszióban lévő betegségaktivitása. Javasolt olyan hazai orvos-szakmai vizsgálatokat megtervezni - akár doktori programok keretében is - melyek a kutatás első fázisában már tartalmaznak egészség-gazdaságtani indikátorokat is, így mielőbb meg tudnak születni a gyógyászati terápiák hatékonyságára vonatkozó tudományos eredmények is.

A gyógyászati ellátások költség-hatékonysági vizsgálata során (Cost-effectiveness analysis, CEA) az egészség-gazdaságtani elemzések készítésére és értékelésére vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv előírásait szükséges alkalmazni. Eszerint indikációként szükséges bemutatni az eredményességet, a hatásosságot bemutató hazai és nemzetközi evidenciákat és átfogó aktuális szisztematikus szakirodalmi áttekintést, betegségterhet (burden of disease), a kiválasztott elemzés módszertanát, a komparátorokat, ráfordításelemzést, kasszahatást elemzést, diszkontálást (*Egészségügyi Közlöny 2025. június 5-i 9. kiadása*).

13.3. A gyógyfürdő ellátások TB támogatásának alakulása az E. Alapon belül az 1990-es évek közepétől

Ennek az alfejezetnek a fő témája a kijelölt gyógyfürdők adatközlése alapján a TB támogatott kezelésekre vonatkozóan a bér és dologi költségek arányainak megállapítása, reálérték számítása az elmúlt években.

A felmérés keretében nem végeztünk országos szintű ráfordítás- elemzést, hiszen már 2-3 fürdő gyógyászati részlegének / divíziójának részletes költségvetési adata és kontrolling számítása is elegendőnek bizonyult, hogy át tudjuk tekinteni fürdőgyógyászati szervezeti egységek, divíziók költség-dinamikáját. Ebben a fejezetben is visszatekintünk a Meridian Consulting által végzett korábbi elemzésekre, mely 7 fürdő részletes költség, kontrolling és ebből származó önköltség-számítási adatain alapult (Meridian, 2017).

Az egyes gyógyfürdők költségvetési és ráfordítási adatainak részletes elemzését megelőzően elvégeztük az érintett „TB kasszák” összegének és arányának vizsgálatát is. A gyógyfürdő kassza (éves TB támogatás) arányát megvizsgáltuk (13.3.2. alfejezet) egyrészt a teljes Egészségbiztosítási Alap Természetbeni ellátási kiadásaihoz képest, melyeknek a főbb elemei a Gyógyító-megelőző ellátások, Gyógyszer- és Gyógyászati segédeszköz támogatások. Majd külön a Gyógyszertámogatások arányában is. Ennek eredményeként az alábbi adatokat, trendeket kaptuk.

13.3.1. A hazai szolgáltatási trendek elemzése a '90-es évek közepétől napjainkig

A társadalombiztosítási (TB) támogatású gyógyfürdő szektor több évtizedes trendjeit tanulmányozva több markáns megállapítást tehetünk: a '90-es évek elejétől egészen a 2010-es évek közepéig a szektor viszonylagos stabilitást könyvelhetett el. Az I. Széchenyi Terv időszakában (2000-2002) ráadásul a gyógy- és egészségturizmus fejlesztése kiemelt prioritássá vált. Majd ezt követően is több körben került sor árak és támogatási összegek rendezésére ágazati béremeléshez vagy más szakpolitikai prioritásokhoz illeszkedve (2004-2006, illetve 2012).

Ezen időszak alatt két fő trendet állapíthatunk meg:

- ☐ Egyrészt a kezelések palettája egyre színesebbé vált, a '90-es évek eleji 2-3-4 kiemelt kezeléshez képest a 2010-es évek elejére már a szakorvosi elrendelések és a lakossági igénybevétel (elvárás) alapján is a potenciális 9 fürdőgyógyászati kezelésből 6-7 vált igazán szerves részévé a programnak (egyedül az egyéni *kádfürdő* igénybevétele zsugorodott össze).
- ☐ Másik trend, ami a 2010-es évtized végére alakult ki, de nagyjából 20 évet ölelt fel, a Központi régió, vagyis túlnyomó részt a Budapesti fürdők szerepének és teljesítmény részarányának jelentős csökkenése (a 2002-es 40%-os kezelési arányról 11%-ra, és 39%-os támogatási arányról 2019-re 12%-ra), és ezzel együtt a „vidék” felemelkedése.

Tehát a későbbiekben javasolt ár – támogatási összeg rendezése rendkívüli fontossággal bír a főleg vidéki rászoruló lakossága számára. Ezáltal a TB támogatási összegek, (a támogatás alapjául szolgáló árak) rendezése túlnyomó részt az elmúlt két és fél évtized igen jelentősen felfejlődött vidéki fürdők, gyógyászati ellátóhelyek és munkahelyeik stabilizálódását (fennmaradását) és további fejlődését szolgálják. (Budapesten főként a hazai és külföldi fizetőképes kereslet, illetve a tulajdonos Fővárosi Önkormányzat által a nyugdíjasok számára biztosított kedvezmények révén, továbbra is kisebb jelentőségű a TB támogatás mértéke, és a hozzáférés problematikája.)

A gyógyfürdő ellátás pozíciója az Egészségbiztosítási Alapban

- A gyógyfürdő kassza aránya az E. Alap Természetbeni ellátásai körében 1995-1997 időszakában még 0,44-0,45% (1,2-1,4 Mrd Ft.) volt. Az I. Széchenyi Terv időszakában, 2000-2022-ben komoly fejlesztések és befogadások történtek a gyógyfürdő ellátások területén, és ezzel az éves TB támogatás összege elérte a 4,0-4,2 Mrd Ft-ot, mely „csúcsot” jelentett a Természetbeni ellátások arányában: 0,56%-0,63%-ot.
- A TB támogatási összeg nominális értéke szempontjából ugyanakkor 2006 volt a „csúcsev” 5,2 Mrd Ft-tal (ismét 0,44%-os részarányt elérve). Majd ennek megkezdődött a mérséklése a Konvergencia program keretében a 4 Mrd Ft körüli nominális összegre (pontosan 3,9-4,2 Mrd Ft között), mely költségvetési tétel (kassza) összege végül 2008-tól egészen 2020-ig szinte állandó maradt, ugyanakkor folyamatosan veszített reálértékéből.
- A sokkot a 2021-ik év jelentette: a COVID-19 pandémia alatt a bezárásokkal drasztikus forgalomcsökkenéssel. Majd a pandémia után a végrehajtott jelentős összegű ágazati béremelések és szakellátási díjrendezések következtében a gyógyfürdő kassza éves TB támogatás nominális összege 2,4 Mrd Ft összegben stagnált, tovább csökkentve a Természetbeni ellátásokon belüli arányt 0,09%-ról 0,07%-ra, és egyelőre 2026. évre is ezt az összeget irányozta elő a kormányzat.

Legnagyobb aránytalanságot alapvetően a jelentős ágazati – főként orvosi – béremelések okoznak. A gyógyfürdő ellátások finanszírozásába (még) nem épültek be az elmúlt évek jelentős ágazati béremelései, miközben ez már az otthoni szakápolás, labor diagnosztika, házi orvosi és fogorvosi ellátásban már megtörtént.

Ezeknek a kormányzati intézkedéseknek, és főként a 2012-óta elmaradt valorizálásnak a következménye ez a hatalmas pozícióvesztés a Természetbeni ellátásokhoz, vagyis az egészségügy más ágazataihoz képest. Elemzésünkéből továbbá megállapítható, hogy a gyógyászati kezelések körében a jelentős átalakulások az 1990-es évek végétől a 2010-es évek közepéig következtek be, de a 2010-es évtized végétől már további jelentős szakmai átrendeződés nem történt a kezelések számát és a TB támogatásuk belső megoszlását tekintve sem. Az átalakulás következtében az ún. TOP 3 kezelés egyre kisebb arányt képviselt az összes kezelésszám közül. Ez a szolgáltatási szektor korábban jelentősen diverzifikálódott – pozitív értelemben sokrétűbbé vált: a szakmai munka erősödését, alaposságát mutatja, hogy az elrendelhető szakorvosok egyre szélesebb körben alkalmazzák az elérhető kezelési formákat. Ebben a változásban külön kiemelendő a komplex kezelések nyújtása, mely a 2000-es és a 2010-es évek elején a 4-5. helyen végzett, de az elmúlt 6 évben már a 2. helyre került az éves TB támogatás tekintetében, mely önmagában 4 kezelést ötvöz, és tovább bővíti a szolgáltatások tárházát.

A Tanulmányunkban tett megállapításokat megerősítve úgy látjuk, hogy a gyógyászati ellátások, és főként a fürdőgyógyászati kezelések ártámogatásának megújításával együtt célszerű a kezelések körét, a szolgáltatásnyújtás és az elrendelés szabályait is rugalmasabbá tenni. Ezzel biztosítva a jobb hozzáférhetőséget szélesebb beteg- és általában lakossági kör számára. Korábbi időszakban látható volt, hogy 5-8 évente jelentősen változott a gyógyászati kezelések nyújtásának és igénybevételeinek aránya, belső szerkezete. Korábbi évtizedekben jelentős súlya, aránya volt a közgyógyellátásnak és a közgyógyászati ellátottaknak, az utóbbi évtizedben ezen szociális helyzetű igénybe vevői kör általában és országosan is jelentősen megcsappant, lemorzsolódott.

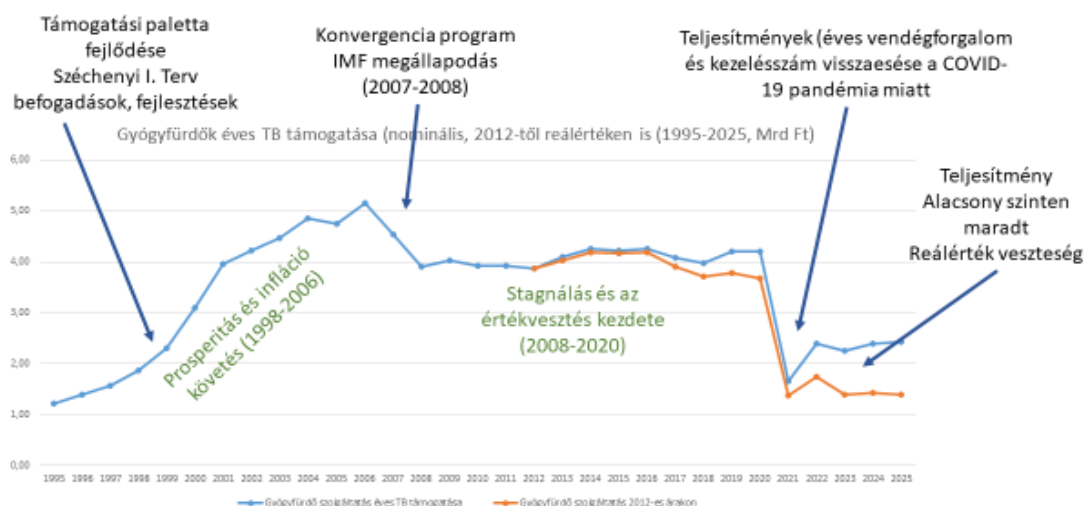
13.3.2. [A gyógyfürdő kassza aránya az Egészségbiztosítási Alap Természetbeni ellátási kiadásaihoz képest](#)

A gyógyfürdő kassza aránya a gyógyszer-támogatáshoz viszonyítva

Szintén jelentős ingadozáson és végeredményben csökkenésen esett át. Ez a számítás ráadásul nem veszi figyelembe a nagyértékű (tétéles) gyógyszer-támogatások összegét, melyek nem a vényen elrendelt patikai forgalomban, hanem a Gyógyító-megelőző ellátások körében a kórházak direkt finanszírozásában jelenik meg (éves nagyságrendje közel 200 Mrd Ft). Ez alapján a makro finanszírozási adatokból az vehető ki, hogy a Gyógyszer-támogatásokhoz viszonyítva a Gyógyfürdő kiadások 1995-1997 időszakában 1,6-1,7%-ot tettek ki.

A mérséklődött gyógyfürdő kiadások a növekvő gyógyszer támogatási kiadásokhoz képest azt eredményezte, hogy a két kassza egymáshoz viszonyított aránya 2008-2020 időszakában 1,2%-ról már 1,07%-ra csökkent. A legalacsonyabb arányt ebben a tekintetben is a 2021. év jelentette a COVID-19 pandémia alatti bezárások következtében.

13.2. ábra Gyógyfürdők éves TB támogatása nominális értéken 1995-2025 (milliárd Ft)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

A gyógyfürdők kezeléseinek TB támogatása mind nominális, mind reálértéken igen nagy változáson ment keresztül az elmúlt 30 évben. A legnagyobb pozitív hatásokat a '90-es évek második felében megindult gazdasági növekedés, majd 2000-től az I. Széchenyi terv eredményezte.

13.3. ábra Gyógyfürdők éves támogatásának aránya a Természetbeni és a Gyógyszer támogatási kiadásokhoz viszonyítva 1995-2024 (%)



Forrás: Központi Költségvetés végrehajtása alapján saját szerkesztés

Jelentősebb kiadáscsökkentést és nem csak reálértéken, hanem nominális összegekben a 2007-től elindult ún. Konvergencia programok forráselvonása, majd később a COVID-19 pandémia bezárása okozott. A 2021-től felgyorsult infláció és jelentős ágazati béremelések hatása tovább rontja a helyzetet, miután a Gyógyfürdők TB támogatása a 2012-es ártárgyalásokon kialakult árakhoz képest változatlan összegekkel történik, a költségek fedezésére a Fürdő cégek pedig kénytelenek voltak többszörösére emelni a térítési díjakat.

13.3.3. A gyógyfürdők TB támogatási arányának elemzése az éves költségvetési beszámolók alapján - 2018-2024 időszakában

Ebben a fejezetben a kiválasztott 9 gyógyfürdő több éves költségvetési beszámolójának legfontosabb adatait dolgoztuk fel, hogy választ kapjunk arra a kérdésre, hogy a társadalombiztosítás (TB) támogatás mekkora arányt képvisel az éves működési költségvetésükben. A fürdők területi megoszlása: 4 dunántúli, 1 fővárosi és 4 Alföldi vagy Észak-Magyarországi fürdő, mind országos besorolású. A vizsgált 9 fürdő a nagyjából 100 NEAK által is finanszírozott fürdő közül az éves gyógyfürdő szolgáltatásokra kifizetett TB támogatási összeg 28-32%-át reprezentálják. Az adatok forrása, egyrészt a megvizsgált cégek elérhető költségvetési beszámolói 2018-2024 időszakából, a NEAK adatközlése alapján kiszámolható éves gyógyászati támogatási összegek, valamint a helyszíni interjúk során gyűjtött költségvetési és kontrolling adatok. Ez a tanulmány a Magyarországi gyógyfürdők TB által finanszírozott kezelések árának alakulását vizsgálja 2018, 2019, 2023 és 2024 évekre vonatkozóan. A vizsgálat középpontjában áll, hogy a TB által nyújtott finanszírozás (pl. gyógykezelések támogatása) mekkora szerepet játszik a fürdők teljes árbevételeiben, hogyan változott a támogatás összege és aránya az évek során, és mekkora súlyt képvisel a különböző fürdők költségvetésében. Az elemzésben szereplő gyógykezeléseket (pl. gyógyvizes medence, iszappakolás, orvosi masszázs), orvosi beutalóval kedvezményesen vehetik igénybe a páciensek.

A táblázatban szereplő „%” oszlopok azt mutatják, hogy az adott évben a TB-támogatás hány százalékát tette ki a fürdő összes bevételeinek. A 2023–2024-es időszakra szinte minden fürdő költségvetésében marginálissá vált a TB-hozzájárulás. Ez alól talán kivétel Igal és Hajdúszoboszló gyógyfürdői, ahol továbbra is relatíve a legtöbb TB-támogatást tudják lehívni, de itt is „csupán” 4–5%-os részarányról beszélhetünk a cégek teljes éves árbevételeinek arányában. A többieknél 1–2% vagy ez alatti a TB finanszírozás súlya.

Ez arra utal, hogy a gyógyászati szolgáltatások finanszírozása mellékszereplővé vált a fürdők gazdálkodásában – a fő bevételi forrás a fizető vendégek tömege (illetve az általuk megfizetett szolgáltatások) lett.

13.1. táblázat A vizsgált fürdők TB finanszírozási aránya az éves árbevételük arányában 2019 és 2024 (millió Ft)

A kiválasztott fürdő cégek TB támogatási arányának vizsgálata (2019, 2024, MFT)							
Fürdők, cégek	Minősítés	2019-es árbevétel	2019-es TB támogatás	TB Támogatás aránya, 2019	2024-es árbevétel	2024-es TB támogatás	TB Támogatás aránya, 2024
Budapest Gyógyfürdői és Hévízei Zrt.	Országos	18.411,2	364,3	1,98%	26.294,2	188,1	0,72%
Igal	Közzet	362,3	36,9	10,19%	570,6	28,3	4,96%
Sárvár	Országos	2.430,4	50,6	2,08%	4.024,4	27,4	0,68%
Zalakaros	Országos	1.971,1	47,1	2,39%	3.041,2	42,3	1,39%
Bükfürdő	Országos	2.267,3	71,8	3,17%	4.034,5	25,1	0,62%
Hajdúszoboszló	Országos	5.336,1	424,6	7,96%	8.261,6	286,7	3,47%
Nyíregyháza Sóstó	Országos	1.575,2	70,5	4,47%	2.970,7	53,8	1,81%
Tiszaújváros	Országos	1.555,1	6,2	0,40%	2.051,5	22,8	1,11%
Gyula	Országos	1.482,4	64,9	4,38%	2.389,4	36,0	1,51%
Összesen		35.391,0	1.136,9	3,21%	53.638,1	710,6	1,32%

Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

A támogatások abszolút értékének változását vizsgálva szembejövő, hogy a legtöbb fürdőnél csökkenő tendencia figyelhető meg. 2019-ben még jelentősebb TB-finanszírozást kaptak egyes fürdők pl.: Hajdúszoboszló évi ~420 millió Ft, Budapest ~364 millió Ft. 2024-re ezek az értékek drasztikusan visszaestek. Ez jelzi, hogy a fürdők bevételei egyre inkább piaci forrásokból (belépőjegyek, térítési díjak, egyéb szolgáltatások értékesítése) növekedtek, a TB hozzájárulás pedig mára már eltörpült ezekhez képest.

Egy kezelésre jutó TB támogatás összege

Amennyiben ismertek a konkrét kezelésszámok, hogy hány darab TB által támogatott kezelést végeztek egy évben, akkor a TB-támogatás és a kezelések száma alapján meghatározható, hogy egy kezelésre átlagosan hány forint TB-támogatás jutott. Ez a mutató országos szinten is értelmezhető. Hasonló mutató egy-egy fürdő szintjén is összevethető a kezelések árával (és a vendégek által fizetett önrésszel). A TB támogatás alapjául szolgáló árak 2012-es ártárgyalások óta nem változtak, ennek következtében az átlagos támogatási összeg csak a kezelések belső arányának változása miatt változhat.

A korábbi elemzésben (Meridian, 2017) 2012-es 600 Ft-ról, 2013-ra 624 Ft-ra, majd 2016-ra 643 Ft-ra nőtt az 1 kezelésre jutó átlagos TB támogatás.

Ezt az értéket megvizsgáltuk még a COVID-19 pandémia előtti években, majd az azt követő időszakban is a NEAK által rendelkezésünkre bocsájtott éves támogatási kimutatásokban. Ez alapján az látható, hogy ez az érték 2018-2019 években 655 Ft, 2023-2024-re némileg visszacsökkent 643 Ft-ra (2016-os szintre). A változás és ingadozás igazából jelentéktelen mértékű annak ismeretében, hogy valójában mekkora 1-1 kezelés önköltsége.

A 2017-s elemzésben még arról lehetett beszámolni, hogy a 2012-es árrendezést követően a gyógyászati részlegek, egységek bevételeinek 72%-a származik a TB-ből, az idei elemzésünk alapján ez az arány már jóval 30% alá ment, több helyütt a 20%-ot sem éri el, melyet a lakosság térítési díja, vagy a teljes fizetős szolgáltatásokból származó bevételek kompenzálnak.

Az éves költségvetési beszámolók adattartalmának és elemzésének korlátai

- A beszámolók célja a teljes pénzügyi és működési helyzet bemutatása. Az éves jelentések adatgazdagok, de alapvetően pénzügy szemléletű elemzések, ennek következtében a bennük lévő információk a szakmai elemzések számára nem feltétlenül vannak kihangsúlyozva vagy értelmezve.
- A vizsgálat rámutatott, hogy a 2018–2024 közötti időszakban a gyógyfürdők TB-finanszírozása jelentősen visszaszorult. A fürdők összbevételüket így is növelni tudták (a csökkenő TB-hozzájárulást ellensúlyozta a magánfizető vendégek számának növekedése vagy a magasabb árak, és a TB támogatott szolgáltatások térítési díjai), de ez egyben azt is jelenti, hogy a gyógyászati kezelések és az ebből származó bevételek a fürdők működésében egyre kisebb súlyt képviselnek, mint korábban. A jelen tanulmány példája is mutatja, hogy több év adatainak összegzésével lehet igazán érzékelni a trendeket, míg egy adott év beszámolója számos egyedi intézkedést is tartalmazhat, előre hozott beszerzések, kampányszerű fejlesztések, melyek értékei több év alatt simulnak ki és elemezhetők statisztikai szempontból.
- Az éves beszámolók adatainak összevetése feltárta, hogy az igazán hasznos információk sokszor rejtve maradnak a nyers számok mögött, és csak több év kontextusában válnak nyilvánvalóvá, amelyeket további kontrolling jellegű adatokra, kimutatásokra is szükség van (pld költséghelyek, profitcentrumok közötti belső elszámolások kimutatására).

A gyógyfürdő ellátás ráfordításainak elemzése egyes fürdők éves költségvetési és kontrolling adatai alapján

A ráfordítások vizsgálatánál vissza kell nyúlnunk a Számviteli törvény alapelveire, mely szerint a felmerülő költségeket arányosan azon a költséghelyen kell elszámolni, ahol felmerül. A 2000. évi C. törvény a számvitelről a 14.§-tól részletezi a Számviteli Alapelveket.

Ezekből kiemelhetők az alábbi megfogalmazások:

„15.§ (1) bekezdés, A beszámoló elkészítésekor és a könyvvezetés során abból kell kiindulni, hogy a gazdálkodó a belátható jövőben is fenn tudja tartani működését, folytatni tudja tevékenységét, nem várható a működés beszüntetése vagy bármilyen okból történő jelentős csökkenése (a vállalkozás folytatásának elve).” Az éves könyvviteli beszámolót rendezett formában világos módon kell elkészíteni ((4) bekezdés), az egyes éveket egymás után összehasonlítható formában kell bemutatni ((5) bekezdés, következetesség elve).

A (7) bekezdés szerint: „Az adott időszak eredményének meghatározásakor a tevékenységek adott időszaki teljesítéseinek elismert bevételeit és a bevételeknek megfelelő költségeit (ráfordításait) kell számításba venni.” Továbbá kiemelhetjük még a (8) bekezdés egy részében megfogalmazott óvatosság elvét, mely szerint „... az értékcsökkenéseket, az értékvesztéseket és a céltartalékokat el kell számolni, függetlenül attól, hogy az üzleti év eredménye nyereség vagy veszteség (az óvatosság elve).”

A kórházak számára kidolgozott Kontrolling kézikönyv (2016) megfogalmazása szerint: „A többszintű fedezet- és eredményszámítás megvalósítása érdekében alapelveként rögzítendő, hogy minden bevételt és költséget a lehető legmélyebb szinten, azokra az objektumokra szükséges könyvelni, ahol (költséghelyek) vagy amelyek érdekében (költségviselők) felmerültek.” Ezen túlmenően fontos a vezetők számára olyan kimutatások, beszámolók készítése, melyek tartalmazzák a legfontosabb költség tételeket, de olyan mélységben, mely még átlátható, könnyen kezelhető.

A kontrolling alapelvek és módszerek alapján 5 féle (I.-II.-III.-IV.-V.) fedezeti szintet különböztethetünk meg. (Kontrolling kézikönyv, 2016., 18-19. oldal) A fedezeti elvek alapján:

- a Fedezet I. részben a gyógyászati egységekre jutó költségek tekintetében legalább a direkt dologi költségeket, a direkt vagy munkaidőarányosan vetíthető személyi jellegű költségeket.

- A Fedezet II. szinten még az igénybevett szolgáltatásokat kell számításba venni.
- A Fedezet III. szinten a közvetett költségeket (felosztott központi irányítási, overhead költségeket) ajánlott figyelembe venni.
- A Fedezet IV. szinten a használt eszközök, infrastruktúra éves amortizációs költségét lehet ráterhelni a vizsgált szervezeti egység költségszerkezetére.
- A Fedezet V. szint már az amortizációval is korrigált számviteli mérleget, üzemgazdaságosági eredményt mutatja.

Ezen törvényi alapelvek, kontrolling számítási módszertani elvek és ajánlások alapján javasolt figyelembe venni a gyógyászati ellátások reális költségszerkezetét és éves fedezetszámítását. Ezek alapján nyugodtan kijelenthetjük, hogy a számviteli, gazdálkodási és kontrolling szakmai szempontból minimum elvárás, hogy az éves értékesítésből származó bevételek (nettó árbevétel) legalább a Fedezet I. szinten fedezzék a közvetlen költségeket. A közvetlen költségek között jellemző, hogy az egyes fürdőgyógyászati szervezeti egységek költségstruktúrájában a személyi jellegű költségek nem tartalmazzák az összes bérköltséget, mert számos szakorvos számlás szolgáltatóként működik, és az ő költségeik az igénybevett szolgáltatások között merülnek fel.

13.3.4. Inflációs trendek bemutatása és a Gyógyfürdő ellátások reálértékének vizsgálata a 2012-es ártámogatási megállapodás óta

Ebben az alfejezetben két részre bontjuk az elemzésünket: egyrészt az általános inflációs hatások és trendek elemzésére az utolsó TB árrendezést, 2012-öt követően, másrészt a támogatott Gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátások kezelések árainak reálérték változására.

Inflációs trend és fő adatok Magyarországon 2012-2025 időszakában

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának reálértéke kiemelten fontos tényező a közfinanszírozott ellátórendszerek fenntarthatósága, stabil működése és hozzáférhetősége szempontjából. Az infláció azonban évről évre csökkenti az azonos nominális összegű támogatások vásárlóerejét, így az ellátások tényleges értéke és finanszírozási fedezete torzulhat.

Jelen fejezet célja az elmúlt bő egy évtized inflációs trendjeinek áttekintése, és annak bemutatása, hogy a gyógyászati kezelésekhez kapcsolódó TB-támogatások hogyan alakultak nominálisan és reálértéken.

Az elemzésünk ezen szakaszában a fürdőgyógyászati TB támogatások értékének időbeli összehasonlíthatósága érdekében megvizsgáltuk a KSH által közölt fogyasztói árindex alakulását a 2012-től eltelt évek során, egészen 2025-ig.

Az adatok alapján (éves inflációs értékek, inflációs index) számítva ez azt jelenti, hogy 1000 forint 2012-ben kifejezett vásárlóereje 2025-ben már csak körülbelül 571,3 forintnak felel meg, így az inflációval történő kiigazítás elengedhetetlen a valóságos, reálértéken történő költségvetési hatáselemzéshez.

A 2012 óta bekövetkező kumulált fogyasztó árindex hatását lefuttattuk a 2012-ben megállapított TB támogatási összegek az országos minősítésű fürdők tekintetében. Ki lett számolva a máig is érvényes 2012-es támogatási összegek inflációval korrigált jelenértéke. Ez alapján 2025 évben ez 75%-os értékvesztést jelentett. Továbbá az infláció követő értékek kerültek kiszámításra. Ez alapján például a **06 Orvosi gyógymasszázs**, 13 éve megállapított támogatási összege reálértéken mára már csak 331 Ft-ot ér, ugyanakkor a kumulált inflációs rátával növelt értéke 974 Ft lenne. Hasonló módszerrel a Komplex kezelések 1.273 Ft-ot érnek, ezzel szemben minimum 3.745 Ft-ra kellene emelni ezek támogatását az inflációs hatás követéséhez. Ez a számítás ugyanakkor nem veszi figyelembe, hogy az egészségügyi bérek a vizsgált időszakban (2012-2025) jóval nagyobb arányban növekedtek, mint az általános fogyasztói árindex.

TB támogatott gyógyászati kezelések reálértékének változása 2012-2025 időszakában

Az alábbi táblázat a gyógyfürdői és gyógyászati ellátások egyes kezeléstípusaira jutó TB-támogatások alakulását mutatja be a három besorolás (országos, körzeti, helyi) szerint, két időpontban: 2012-ben (amióta nem történt emelés a támogatás mértékében), valamint a 2025-ös inflációval növelt értéken. A 2012-es bázisadatok mellett szerepelnek a támogatási összegek inflációval korrigált változatai, amelyek azt szemléltetik, milyen összegű támogatásra lenne szükség 2025-ben ahhoz, hogy az ellátások reálértéke megmaradjon. Az alábbi táblázatból jól látható, hogy az inflációval korrigált értékek jelentősen meghaladják a 2012-ben megállapított nominális támogatásokat.

13.2. táblázat Egyes kezeléstípusok TB támogatásának jelenlegi és inflációs mértékkel növelt összege (Ft)

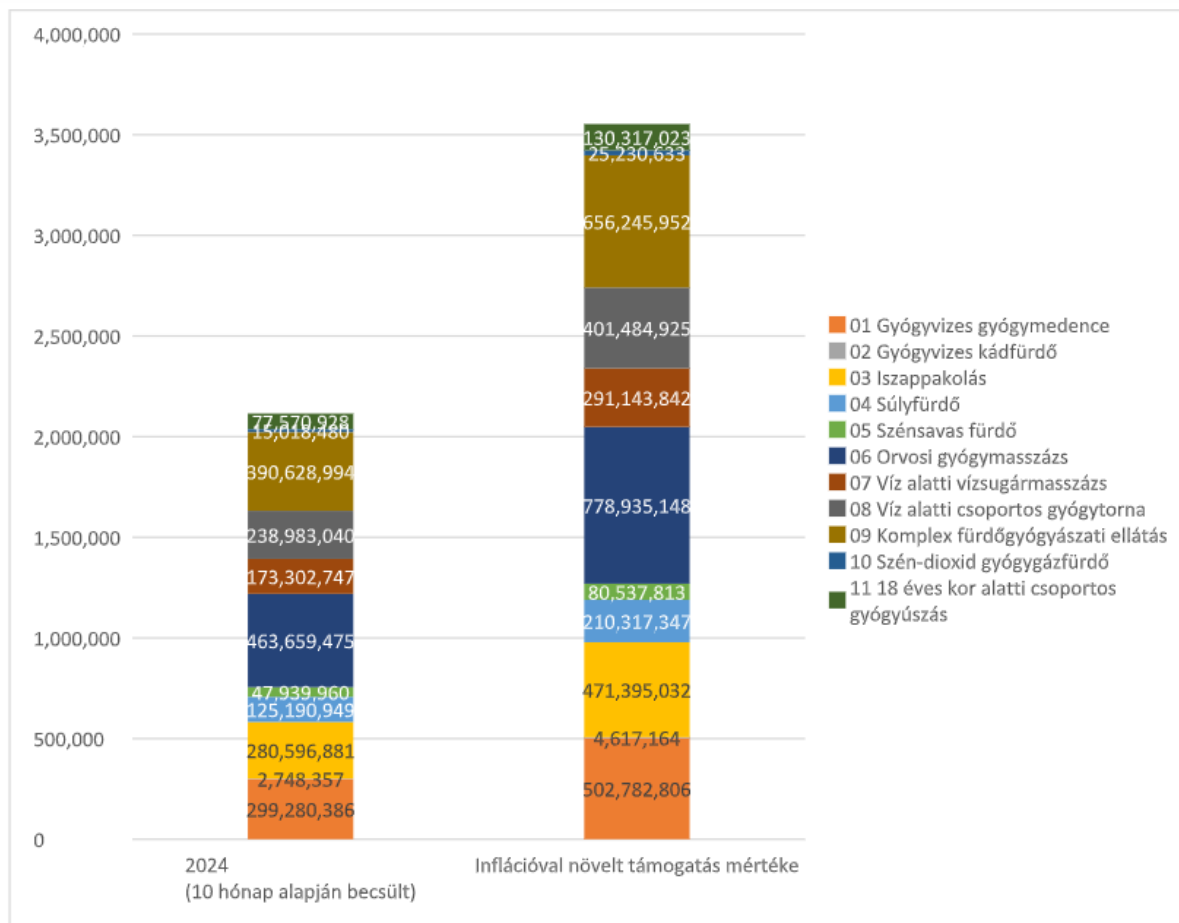
TB támogatott gyógyászati kezelések (kód és elnevezés)	Kezelésenkénti TB támogatás összege					
	Országos		Közzeti		Helyi	
	2012-es támogatási összeg (Alap)	Kumulált inflációval korrigált támogatás összege	2012-es támogatási összeg	Inflációval növelt támogatás összege	2012-es támogatási összeg	Inflációval növelt támogatás összege
01 Gyógyvizes gyógymedence	274	460	240	403	212	356
02 Gyógyvizes kádfürdő	552	927	492	827	444	746
03 Iszappakolás	948	1.593	948	1.593	834	1.401
04 Súlyfürdő	561	942	561	942	475	798
05 Szénsavas fürdő	786	1.320	786	1.320	773	1.299
06 Orvosi gyógymasszázs	580	974	580	974	508	853
07 Víz alatti vízugármasszázs	765	1.285	765	1.285	686	1.152
08 Víz alatti csoportos gyógytorna	607	1.020	541	909	458	769
09 Komplex fürdőgyógyászati ellátás	2229	3.745	1977	3.321	1696	2.849
10 Szén-dioxid gyógygázfürdő	1020	1.714	1020	1.714	1020	1.714
11 18 éves kor alatti csop. gyógyúszás	744	1.250	744	1.250	744	1.250

Forrás: 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet 8. sz. melléklete alapján saját szerkesztés

A fürdőgyógyászati ellátások támogatási összegének összevetése a 2024-es becsült kifizetések és az inflációval korrigált értékek alapján

Kétféle megközelítésben hasonlítjuk össze a fürdőgyógyászati és kapcsolódó kezelések után kifizetett TB-támogatás mértékét 2024-ben. A 2024. évre becsült tényleges kifizetéseket vetettük össze az inflációval növelt, 2012-es bázisértékek reálértékével (ez az az összeg, amely a 2024-es árszint mellett azonos vásárlóerőt biztosítana). Az összevetés alapján megállapítható, hogy a becsült 2024-es kifizetések minden egyes ellátástípus esetében elmaradnak az inflációval növelt, reálértéken számolt támogatási szintektől. Ez az eltérés világosan rámutat arra, hogy a jelenlegi nominális TB-támogatási összegek nem követték le az inflációs nyomást, így a fürdőgyógyászati kezelések állami finanszírozása reálértéken jelentősen csökkent az elmúlt 12 évben. Az adatok alapján elmondható, hogy a szolgáltatók finanszírozási nehézségekkel néznek szembe, ami – COVID-19-es pandémiát követő években főleg a jelentős igénybevételi és kezelés számok visszaesését tekintve – egyértelműen az ellátások minőségét és elérhetőségét veszélyezteti. Ezt a vizsgálatot egy oszlopdiagram segítségével is ábrázoltuk.

13.4. ábra TB támogatás kezelésenkénti megoszlása 2024. évre és inflációval növelt értéke (millió Ft)



Forrás: NEAK adatok alapján saját szerkesztés

13.3.5. Javaslatok a TB által támogatott gyógyászati kezelések finanszírozásának valorizálására

A TB támogatott gyógyászati kezelések közfinanszírozás alapját képező árak emelése, értékállóságának biztosítása már több éve várat magára. A 2012-es ártámogatás során megállapított árak még több éven át tartották az eredeti „értéküket”, mivel még éveken át egészen 2016-ig szinte deflációs időszak volt. Ugyanakkor a belföldi infláció 2017-es újbóli növekedését, majd 2022-es megugrását, és a párhuzamosan zajló ágazati béremeléseket követően 2012-es ártárgyalások során rögzített TB támogatási összegek mára már teljesen elveszítették értéküket, a valorizáció mára már elkerülhetetlenné vált!

Javaslatok a valorizálásra – TB támogatási összegek értékállóságának a biztosítására eltérő forgatókönyvek szerint

- Alapvetően három féle verziót dolgoztunk ki a támogatás alapjául szolgáló árak valorizálására: Éves esetszám növekedés és TB finanszírozás emelése
- A fürdőgyógyászati ellátások jövőbeli finanszírozására vonatkozó hatáselemzések során két alapverziót vizsgáltunk.
- Az „A” verzió egységes díjemelési megközelítést alkalmazott, amely minden kezelésre azonos mértékű támogatásnövelést irányzott elő.
- Ezzel szemben a „B” verzió a szakmai szervezetek – elsősorban a fürdőgyógyászati vezetők és a gyakorlati szakemberek – által megfogalmazott prioritásokat vette figyelembe, így differenciált támogatásnövelést alkalmaztunk. Ebben a szemléletben kiemelt kezeléstípusokként szerepeltek a (03) Iszappakolás, a (04) Súlyfürdő, a (06) Orvosi gyógymasszázs, valamint a (09) Komplex fürdőgyógyászati ellátás.
- A „C” verzióban már figyelembe vettük az ágazati bérek igen jelentős, többszörös növekedését, és itt már külön bérkompenzációt is javasoltunk.

• **Prioritások szerinti támogatásnövelés mértéke**

Prioritás	TB támogatás emelés mértéke
Alacsony	100%
Közepes	150%
Magas	200%

Az elemzés során három esetszám-növekedési scenáriót vizsgáltunk (pesszimista: 0%, közepes: +5%, optimista: +10%), figyelembe véve a várható kezelésszám-felfutás hatását is.

• **Esetszám növekedés forgatókönyvek**

Forgatókönyv	Esetszám növekedés mértéke
Pesszimista	0%
Közepes	5%
Optimista	10%

A költségvetési hatáselemzéseket mindkét verzió esetében három különböző emelési szinttel (I. – 50%, II. – 100%, III. – 150%) modelleztük, a „B” verzió belül a kiemelt kezelésekre magasabb arányú növelést alkalmazva.

- **TB támogatás emelés forgatókönyvek**

Forgatókönyv	TB támogatás emelés mértéke
I.	50%
II.	100%
III	150%

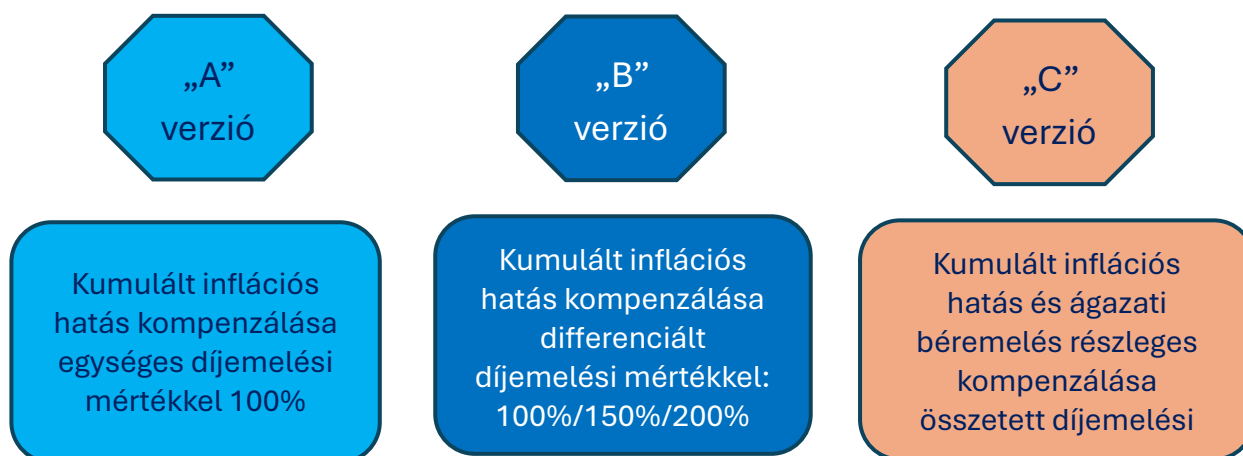
A 2017. évi szakértői elemzésben (Meridian, 2016) még arról lehetett beszámolni, hogy a 2012-es árrendezést követően éveken át a gyógyászati részlegek, egységek bevételeinek 70%-72%-a származott a TB-ből. Mostani elemzésünk alapján megállapítható, hogy ez az arány már jóval 30% alá ment, több helyütt a 20%-ot sem éri el, melyet a lakosság térítési díja, vagy a teljes összegű fizetős (piaci) szolgáltatásokból származó bevételek kompenzálnak. A III. fejezetben vizsgáltuk meg a TB támogatás alapjául szolgáló árak és támogatási összegek (összefoglaló néven: ártámogatás) értékvesztését az inflációs hatások tükrében az utolsó, 2012-es ár – díj rendezést követően.

A Fürdőkön belül a gyógyászati részlegek évek óta belső működési veszteséget termelnek (kontrollingos értelemben több helyen még a Fedezet II. szintjét sem érik el!), vagyis hosszú távon ebben a formában nem fenntartható módon működnek. A többnyire önkormányzati tulajdonban működő fürdők egyelőre még más üzletágakból származó bevételeikből, mint a közfürdők, wellnessek, hotel-szolgáltatások, refinanszírozzák és fenntartják ezeket a gyógyászati részlegeket, szervezeti egységeket. Az Egészségbiztosítási Alap 4.000 milliárd Ft-ot meghaladó mérete szempontjából ennek az ellátási – szolgáltatási szegmensnek a konszolidálása ezrelékes arányban fejezhető ki. Itt már a 2-2,5 Mrd Ft is jelentős támogatás-emelést jelent kompenzálva az elmúlt 6-8 év inflációs hatását és részben reflektálva az ágazati béremelési intézkedésekre, ami az Egészségbiztosítási Alap Természetbeni kiadásainak nagyjából a fél ezrelékét teszi ki(!).

Megállapítás: ebben a nemzetközileg is dinamikusan fejlődő szektorban a (fürdő)gyógyászati ellátás nem lehet gyenge láncszem, nem hagyhatjuk elsorvadni a társadalombiztosításnak ezt az igen régi és fontos ágazatát! A TB finanszírozás keretében elérhető gyógyászati ellátásoknak az ország legtöbb területén jelentős kihatása (multiplikatív hatása) van a helyi gazdaságra, közösségekre, és az ún. fürdő-települések fejlődésére.

A valorizálásra – a díjak értékállóságának biztosítására három fő verziót javasoltunk a működőképeség megtartása, a betegterhek, térítési díjak mérséklése és az országos szintű hozzáférés biztosítása céljából.

13.5. ábra A TB támogatási összegek emelésére javasolt három verzió bemutatása



Forrás: Szerzők

- A. Az elmúlt 13 év kumulált fogyasztói áremelkedésének kompenzálása a támogatás alapjául elfogadott árakban egységes díjemelési mértékkel alap verzióban duplájára emelve a TB támogatási összegeket.
- B. Differenciált emelési mértékkel: a fürdőgyógyászati vezetők és szakemberek által kifejezett prioritásnak megfelelően (alacsony prioritásnál 100%, közepesnél 150% és magasnál 200%-os áremelés). Ebben a verzióban a kiemelt kezelések: (03) Iszappakolás, (04) Súlyfürdő, (06) Orvosi gyógymasszázs, (09) Komplex fürdőgyógyászati ellátás. Ebben a verzióban az árak rendezésével együtt 2026 évtől közepes 5%-os és optimista 10%-os éves esetszám / kezelésszám felfutással is számolhatunk a várhatóan bővülő kínálatnak megfelelően.
- C. A fogyasztói árindex mellett az egészségügyi ágazati béremelkedések legalább részleges kompenzációja a támogatás alapjául elfogadott árakban: összetett díjemelés számítása a dologi/ bér aránynak megfelelően – a fürdőgyógyászati szektor humán erőforrás megtartó képességének a javítására (az alap verzióban 26/74%-os dologi / bér arányból kiindulva).

Az ártárgyalásokhoz pedig kidolgoztunk egy paraméterezett táblarendszert: ún. kalkulátort, mely segítségével számos áremelési verzió futtatható le többféle hatáselemzési szcenárió mentén modellezve az E. Alap kasszahatását, melyek eltérő éves esetszám / kezelésszám

emelkedést vesznek figyelembe (pld 5% vagy 10%-os mértékűt). A számítási algoritmus (Kalkulátor) paraméterei: infláció mértéke, ágazati bérkompenzáció mértéke, díjemelés mértéke, éves kezelésszámok növekedésének mértéke. A főbb adatokat az alábbi 13.1. táblázat tartalmazza, a részletes számításokat a szakértői munka keretében kidolgozott paraméterezett és képletezett ún. Kalkulátor tartalmazza, mely jelen fejezet szerzőinél érhető el. A gyógyfürdő kassza elemzése, további hatásszámítások a fő paramétereknek a módosításával – számos áremelési verzióban és eltérő esetszámnövekedéses scenáriókkal is lefuttathatók.

13.3. táblázat A TB támogatás összegének javasolt emelése gyógyászati kezelésként három verzió szerint (Ft)

TB támogatott gyógyászati kezelések (kód és elnevezés)	Kezeléskénti TB támogatás összege (országos) "A" - "B" és "C" verziókban (Ft)					
	A lap	"A" verzió		"B" verzió	"C" verzió	
	2012-es támogatási összeg	Kumulált inflációval korrigált támogatás mértéke	Különbség "A" verzió - A lap	Inflációval korrigált differenciált emelés	Infláció és béremelés részleges kompenzációja	Különbség
01 Gyógyvizes gyógymedence	274	480	206	685	733	459
02 Gyógyvizes kádfürdő	552	966	414	1 104	1 477	925
03 Iszappakolás	948	1 660	712	2 844	2 536	1 588
04 Súlyfürdő	561	982	421	1 683	1 501	940
05 Szénsavas fürdő	786	1 376	590	1 572	2 103	1 317
06 Orvosi gyógymasszázs	580	1 015	435	1 740	1 552	972
07 Víz alatti víz sugármasszázs	765	1 339	574	1 530	2 046	1 281
08 Víz alatti csoportos gyógytorna	607	1 063	456	1 214	1 624	1 017
09 Komplex fürdőgyógyászati ellátás	2229	3 902	1 673	6 687	5 963	3 734
10 Szén-dioxid gyógygázfürdő	1020	1 786	766	2 550	2 729	1 709
11 18 éves kor alatti csop. gyógyúszás	744	1 302	558	1 860	1 990	1 246

Forrás: Szerzők

A hatáselemzésekben a díjemeléseket három féle scenárióra építettük rá: pesszimista, közepes és optimista a várható éves kumulálódó esetszám – kezelésszám felfutás szerint: 0% / 5% és 10%. A hatáselemzést + három év kifutással vizsgáltuk meg 2026-2028 időszakára. Az értékeket a fenti 1. táblázat tartalmazza.

Már 2024-es támogatási összegben számolva, az addig bekövetkezett inflációt kompenzálendő, a 2,18 Mrd Ft-os kasszának már 3,55 Mrd Ft-nak kellene lennie (1,4 Mrd Ft többlet). A javasolt áremelésekkel és a várható (fürdő szektor szempontjából) optimális 10%-os kezelésszám felfutással pedig 2026. évre az „A” verzióban 2,61, a „B” verzióban 4,26, a „C” verzióban pedig 4,23 Mrd Ft többlettámogatásra lenne szükség éves szinten. Míg a közepes (5%-os) esetszám növekedési scenárió mellett az „A”, a „B” és a „C”

verziók éves TB támogatási többlet igénye az első évben rendre: 2,4 Mrd Ft és 3,97, és 3,94 Mrd Ft.

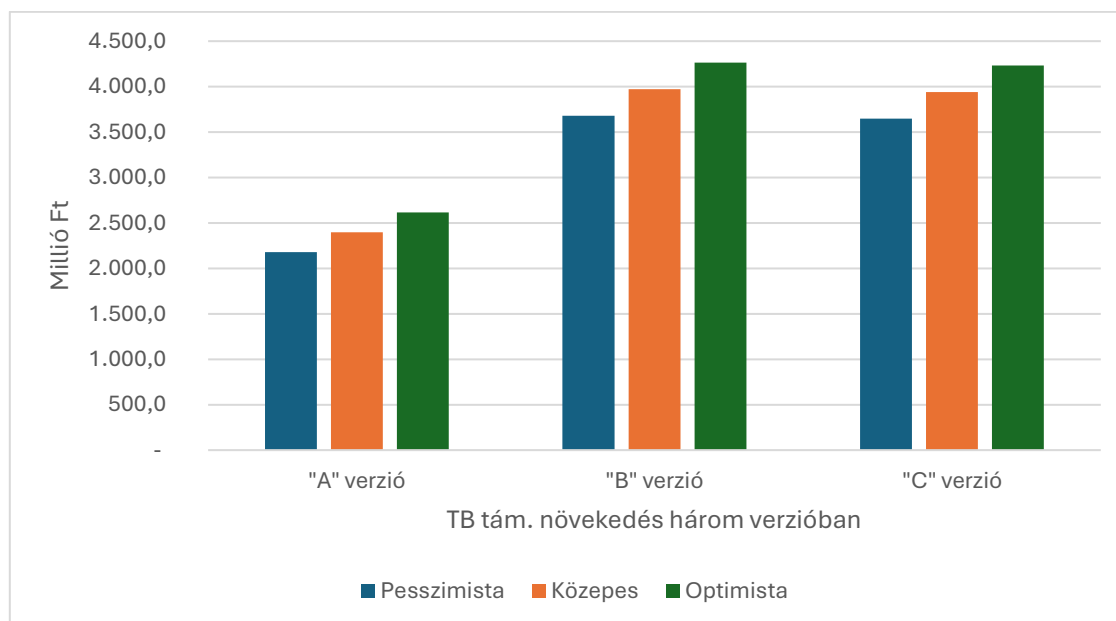
13.4. táblázat Az éves TB támogatás összege a javasolt verziókban (millió Ft)

TB támogatott gyógyászati kezelések (kód és elnevezés)	"A", "B" és "C" verzió éves TB támogatási összege és a növekménye (millió Ft)							
	2024 (10 hónap alapján becsült)	2025	2026 "A" verzió	Különbség "A" verzió - 2025 várható	2026 "B" verzió	Különbség "B" verzió - 2025 várható	2026 "C" verzió	Különbség "C" verzió - 2025 várható
01 Gyógyvizes gyógymedence	299,3	308,3	678,2	369,9	847,7	539,5	907,1	537,1
02 Gyógyvizes kádfürdő	2,7	2,8	6,2	3,4	6,2	3,4	8,3	4,9
03 Iszappakolás	280,6	289,0	635,8	346,8	953,7	664,7	850,4	503,6
04 Súlyfürdő	125,2	128,9	283,7	154,7	425,5	296,6	379,4	224,7
05 Szénsavas fürdő	47,9	49,4	108,6	59,3	108,6	59,3	145,3	86,0
06 Orvosi gyógymasszázs	463,7	477,6	1 050,7	573,1	1 576,0	1 098,4	1 405,2	832,2
07 Víz alatti vízugármasszázs	173,3	178,5	392,7	214,2	392,7	214,2	525,2	311,0
08 Víz alatti csoportos gyógytorna	239,0	246,2	541,5	295,4	541,5	295,4	724,3	428,9
09 Komplex fürdőgyógyászati ellátás	390,6	402,3	885,2	482,8	1 327,7	925,4	1 183,9	701,1
10 Szén-dioxid gyógygázfürdő	15,0	15,5	34,0	18,6	42,5	27,1	45,5	27,0
11 18 éves kor alatti csop. gyógyúszás	77,6	79,9	175,8	95,9	219,7	139,8	235,1	139,2
Összesen (10%-os esetszám felfutással)	2 114,9	2 178,4	4 792,4	2 614,0	6 442,1	4 263,7	6 409,8	4 231,5
Összesen (5%-os esetszám felfutással)	2 114,9	2 178,4	4 574,6	2 396,2	6 149,2	3 970,8	6 118,5	3 940,1
Összesen (esetszám felfutás nélkül)	2 114,9	2 178,4	4 356,7	2 178,3	5 856,4	3 678,0	5 827,1	3 648,7

Forrás: Szerzők

A fenti táblázat alapján elmondhatjuk, hogy a KSH adatai alapján számított inflációt követő díjemelés többlet kifizetési hatása – mostani kezelésszámokkal számolva – az első teljes évben nominálisan közel 2,2 milliárd Ft lenne. Az éves emeléseket természetesen több verzióban és többféle scenárióban is kiszámoltuk, amit az alábbi 3. ábra szemléltet.

13.6. ábra Éves többlet TB támogatási igény három féle emelési verzióban és három féle kezelésszám felfutási scenárió szerint (millió Ft)



Forrás: Szerzők

A gyógyászati ellátások TB támogatási összegeinek rendezésére precedenst jelent a **Gyógyászati segédeszköz támogatás** területén a NEAK által meghirdetett áremelési lehetőségek benyújtása. Valamint az **Otthoni szakápolásban** az elmúlt 3 évben bekövetkezett 100%-os emelés - szintén az ágazati béremelések kompenzálására (2021-es 5,5 Mrd Ft-ról 2025-re már 13 Mrd Ft-os kassza!).

13.4. A gyógyászati kezelések körének felülvizsgálata

13.4.1. A 2025. áprilisi kérdőíves felmérés felépítése és eredményei

Az elrendelhető gyógyfürdő és gyógyászati ellátások körét strukturált szakorvosi mélyinterjúk és kérdőív alapján mértük fel. A gyógyfürdői szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdőíves tanulmány összegzi az egészségügyi szakemberek tapasztalatait és véleményét a fürdőgyógyásatról, annak működéséről és az esetleges problémákról.

- A felmérésben országosan vettek részt szakemberek (reumatológusok (főorvos), fizioterápiás szakemberek stb.), így a válaszok több régiót és intézményi szintet lefednek.
- A kérdőív fő célja volt feltárni a gyógyfürdők szerepét a mozgásszervi ellátásban, a páciensek gyógyulási visszajelzéseit, a szolgáltatások jellemzőit, valamint a leggyakoribb gyógykezelésekkel kapcsolatos szakmai véleményeket és fejlesztési javaslatokat. Az alábbiakban témakörönként elemezzük a legfontosabb eredményeket, majd a tanulmány végén összegzésben kiemeljük a főbb megállapításokat és javasolt fejlesztési irányokat.

A kérdőív felépítése

- A kérdőíves kitöltésére 2025. április 15-28. között volt lehetőség. A kérdőív az alábbi kérdéscsoportokból áll:
 - I. Rendeleti szabályozások és orvosszakmai kérdések
 - II. Humánerőforrás
 - III. Illeszkedés az egészségügyi ellátórendszer egyes szintjeihez
 - IV. Személyes kérdések

Válaszadók bemutatása

- A kérdőívet országosan, több régióból összesen 25-en válaszolták meg. Területi bontásban minden magyarországi régió képviseltette magát. A válaszadók földrajzi

megoszlása azt mutatja, hogy a felmérés eredményei széles körben értelmezhetők az ország gyógyfürdőire nézve, hiszen majdnem minden régióból érkezett visszajelzés.

- A kitöltők közel fele reumatológus szakorvos, de több gyógymasszőr, fizioterápiás asszisztens, mozgásszervi rehabilitációs szakember és egészségügyi menedzser is volt, aki segítette a kutatásunkat.
- A kitöltők egy része 11-20 éve, 28%-a 1-10 év, illetve több mint 20 éve dolgozik a gyógyfürdő ellátásában.
- Az „Ön miért vállal fürdőszakorvosi rendelőt/miért dolgozik fürdőgyógyászatban?” kérdésre a válaszadók 68%-a a hivatástudatot jelölte meg, de 44% a szép munkakörnyezetet, illetve 40%- 40% a szakmai kihívást, a kiegyensúlyozott munkabeosztást és a megélhetést is kiemelte.

13.4.2. A 2025. május 9-én lebonyolított Workshop eredményei

A kutatás célja, hogy felülvizsgálatra kerüljön a hazai TB keretében a miniszteri rendelet szerint támogatott gyógyfürdő és gyógyászati kezelések és ellátások köre, gyakorisága (5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet (R.) az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászat ellátásokról), közvetett hatásként tehermentesüljön a fekvőbeteg szakellátás és gyógyszer-támogatás. Közvetlen cél, hogy korszerűsödjön a támogatott kezelések köre, és javuljon a finanszírozásuk (értékállóság).

Az erre épülő workshop célja az volt, hogy különböző egészségügyi szakemberek – orvosok, gyógytornászok, fürdőgyógyászati dolgozók – közösen elemezzék a gyógyászati kezelések gyakorlati alkalmazását, hatékonyságát, és megvitassák az ellátás során felmerülő problémákat, meglátásokat. A személyes tapasztalatok, vélemények által hozzájárultak a kutatás céljának megvalósításához.

Csoportok válaszai: Közös pontok – Markáns különbségek – Vitás pontok

- A két csoport számos kérdésben hasonló megállapításra jutott, ugyanakkor több eltérő nézőpont is megfogalmazódott:

Közös pontok:

- A kezelések alulfinanszírozottságát mindkét csoport problémának tartotta.
- A beutalási rend és az orvosi indikációk aktualizálása kiemelt javaslat volt.
- A gyermekgyógyászat és nyirokmasszázs beemelése mindkét oldalon felmerült.

Különbségek:

- Az egyik csoport inkább a szabályozási oldalra helyezett hangsúlyt (jogszabályi frissítés), míg a másik a szakemberhiányt és a gyakorlati megvalósítást tartotta problémásabbnak.
- A szakmai kompetenciák kiterjesztéséről (pl. háziorvos beutalási jogosultsága) eltérő vélemények voltak.

Vitás pontok:

- A komplex kezelések hasznossága, és azok lebonyolítása kapcsán vita alakult ki.
- Az indikációs körök bővítése kapcsán nem volt teljes egyetértés.
 - ❑ Pl.: Nem volt konszenzus abban, hogy a gyógymasszázs kezelési idejét növelni kellene, ugyanis ezáltal egy szakember egy nap alatt kevesebb beteg kezelését tudná elvégezni, ami a magas betegforgalom miatt jelentős kiesést jelentene, plusz munkaerő alkalmazása lenne szükséges, ami viszont finanszírozási problémákba ütközik. Így a meghatározott kezelési időn belül (20 perc) kell minden, a kezelésen kívüli tevékenységet elvégezni. (betegek öltözködése, fertőtlenítés, pakolás).
 - ❑ Lökéshullám bevezetése a NEAK finanszírozott kezelések közé: eltérő vélemények születtek ezen a területen is. A meglátásokat olyan tényezők is befolyásolták, mint pl.: a földrajzi elhelyezkedés, ugyanis a Sárvári csapat kifejtette, hogy náluk a lökéshullám kezelés rendkívül jól profitál. A betegek a NEAK támogatott kezelés kúrák mellé megvásárolják teljes áron a lökéshullámot, így ők nem helyeznék be a TB finanszírozott kezelések közé, mert bevétel kiesés lenne számukra. Ezzel ellentétben Dévaványa képviselőjétől az a megjegyzés érkezett, hogy azon a területen az emberek nem fizetnének ki rá annyi pénzt, mint mondjuk az ország nyugati részén.

Gyógykezelések értékelése és fejlesztési javaslatok

- A kérdőív több kérdése kitért a konkrét gyógyfürdői kezelésekre, azok minőségére és esetleges fejlesztési lehetőségeire. A válaszadók megoszthatták javaslataikat az egyes kezeléstípusok kapcsán – például a kezelések optimális időtartamáról, a szükséges szakembergárdáról, vagy bármilyen egyéb javítandó tényezőről. Az alábbiakban a leggyakoribb, szinte minden gyógyfürdőben elérhető kezelésekre

(iszappakolás, súlyfürdő, szénsavas fürdő, orvosi gyögmasszázs, víz alatti sugármasszázs) érkezett véleményeket és javaslatokat foglaljuk össze.

- A válaszadók egy része élt a lehetőséggel, és konkrét javaslatokat fogalmazott meg ezekre a kezelésekre vonatkozóan. Többen a kezelési idő módosítását javasolták: volt, aki szerint az iszapakolást tovább kellene tartani, pl. a jelenlegi 20 perc helyett 30 percre növelni. Hasonlóan, a szénsavas fürdőknél is felmerült, hogy hosszabb időtartam lenne kívánatos a jobb hatás érdekében (egyes vélemények szerint akár 25-30 perces fürdőidő optimális lehet a mostani 15 perc helyett). Ugyanakkor volt ellenkező vélemény is: bizonyos szakemberek óvatosságra intenek, szerintük például a szénsavas kádfürdő maximum 20 percig tartson, egészségügyi okokból (pl. keringési terhelés miatt).

Javaslatok

- A fenti visszajelzéseket figyelembe véve érdemes felülvizsgálni a kezelési protokollokat az iszap-, súly- és szénsavas kezelések esetében. Megfontolandó például kísérleti jelleggel bizonyos esetekben hosszabb ideig nyújtani ezeket a kezeléseket, és tudományosan monitorozni, hogy ez valóban jobb eredményhez vezet-e. Ha igen, akkor a protokoll rugalmasabbá tehető (pl. bizonyos betegcsoportoknál hosszabb idő engedélyezése).
- Fontos azonban az óvatosság: a betegek orvosi megfigyelése elengedhetetlen, ha hosszabb idejű szénsavas fürdőt alkalmazunk (vérnyomás, pulzus ellenőrzése). A súlyfürdőnél a túl hosszú kezelés rizikóit (fáradás, esetleges sérülés) is mérlegelni kell. Amennyiben a hosszabbítás nem lehetséges (vagy nem bizonyul hasznosnak), érdemes lehet más módon növelni a hatékonyságot, pl. gyakrabban ismételt kezelésekkel (több alkalom egy kúra során), vagy kombinálva más terápiával.

Személyzeti szabályok felülvizsgálata:

- Kezdeményezni kell, hogy gyógytornász is végezhesen orvosi gyögmasszázszt megfelelő képzettség és felügyelet mellett. Ezzel bővülne a humánerőforrás bázis, csökkenne a gyögmasszőrök leterheltsége, és a betegek is hamarabb juthatnának kezeléshez.

Minősbiztosítás és betegélmény:

- Javasolt rendszeresen felmérni a páciensek elégedettségét a kezelésekkal kapcsolatban (pl. kérdőív a kezelés után).

Javasolt új kezelések, ellátások

A megfogalmazott javaslatokat az alábbi táblázatban foglaltuk össze.

13.5. táblázat A felmérések alapján javasolt új gyógyászati kezelések

Milyen új ellátások, kezelések bevezetését javasolná?	Javaslatok
A komplex fürdőgyógyászati ellátás kezelési lehetőségeit bővíteném, pl. gyógyszeres pakolás.	Gyógyszeres pakolás, kezelés időtartama 1 óra, gyögmasször vagy fizioterápiás asszisztens végezheti
Fizioterápia a komplex ellátáson kívül is (legyen rá finanszírozás)	Gyógytornászok, betegség specifikus szakorvosi javaslatok
Lökéshullám	Évente 2 x 10-15 kezelés. megfelelő gyakorlati jártasság megszerzése.
Nyirokmasszázs	Nyirokmasszázs, mint keringést javító kezelés. A nyirokrendszer stimulálása révén immunerősítő és méregtelenítő hatású kezelés. Kezelési idő max. 30 perc, nyirokterapeuta vagy gyögmasször bevonásával.
Száraz, egyéni torna	25 perc torna
Gyermekek is kaphatnának víz alatti gyógytornát	A gyereke víz alatti gyógytorna akár lehetne folyamatos is, a betegségek függvényében
Mentálhigiénés kezelés	Mentálhigiénés kezelés, nyilván a fenti kezelések a fizikai állapoton kívül a mentális javulást is elősegíti, de sokkal hatékonyabb gyógyulást, valamint eredményt lehetne elérni a betegeknek, ha mentálisan is segítséget kapnának gyógyulásokhoz, vagy egészségük megőrzéséhez. Kezelési idő max. 30 perc, mentálhigiénés szakember bevonásával.

Forrás: Szerzők

Elrendelő/beutaló orvosok köre

A válaszadók többsége egyetértett azzal az állítással, hogy a gyógyfürdőkezelésre beutalásra jogosult szakorvosi kompetenciákat ki kellene terjeszteni további szakterületekre, például a neurológiára is. Jelenleg főként reumatológus, ortopédus, fizioterápiás szakorvos utalhat be fürdőkezelésre; a többség szerint azonban indokolt, hogy mondjuk neurológusok is közvetlenül kezdeményezhessék ezt a terápiát. Ezáltal például stroke utáni betegek egyből a neurológus beutalásával mehetne a fürdőbe rehabilitációra, valamint több beteg juthat időben hozzá a kezelésekhöz.

A fürdőgyógyászat jelentősége, páciensekkel kapcsolatos kérdések

Kérdés: „Ön szerint a fürdőgyógyászatoknak mekkora szerepe van a lakosság mozgásszervi egészségügyi ellátásában?”

- A kitöltések eredménye alapján a szakemberek 88%-a az átlagosnál nagyobb súlyt tulajdonít a fürdőgyógyászatnak a mozgásszervi panaszok kezelésében. A

fürdőgyógyászati kezelések szerepét a legtöbb szakember kulcsfontosságúnak látja a mozgásszervi betegségek ellátásában. Ez azt jelenti, hogy a szakemberek többsége a hagyományos orvosi terápia fontos kiegészítőjének, sőt bizonyos esetekben elsődleges elemének tekinti a gyógyfürdőt. Ezek a vélemények megerősítik, hogy a gyógyfürdők integráns részét képezik a mozgásszervi rehabilitációnak és kezelésnek. A szakemberek szerint kiemelt szerep miatt fontos a finanszírozás, szakemberképzés és infrastrukturális fejlesztés területén is biztosítani, hogy a fürdőgyógyászat hatékonyan beilleszthető legyen a betegellátási útvonalakba.

Kérdés: „A páciensek, akiknek Ön gyógyfürdő ellátást indikál, beszámolnak-e állapotjavulásról?”

- Minden szakember jelezte, hogy a fürdőkezelésen átesett betegek tapasztalnak javulást, legfeljebb ennek gyakoriságában volt különbség. A válaszokból kiderült, hogy rendszeresen látnak fejlődést, javulást a betegeknél. A szakemberek tapasztalata szerint a gyógyfürdői kezelések egyértelműen hozzájárulnak a páciensek állapotának javulásához.
- Negatív tapasztalat hiánya külön kiemelendő: senki nem jelzett olyan visszajelzést, hogy a kezelések hatástalanok lennének. Ez a szakemberek szerint megerősíti a gyógyfürdői eljárások létjogosultságát és hatékonyságát.
- A páciensek javulásáról szóló egységesen pozitív visszajelzést felhasználva érdemes tovább népszerűsíteni a gyógyfürdőkezeléseket a betegek körében, hangsúlyozva a várható eredményeket.
- Ugyanakkor javasolt a javulás mértékének objektív nyomon követése is: például rendszeres kontrollvizsgálatokkal, mozgásfunkció mérésekkel vagy kérdőívekkel dokumentálni a terápiák hatását.

Kérdés: „Mit emelnek ki a páciensek az ellátásban, mint jellemzőt?”

- A páciensek visszajelzései alapján a gyógyfürdői ellátás legfőbb erősségei a könnyű hozzáférhetőség (viszonylag gördülékeny beutalás), a rövid várakozás a kezelésre, a kellemes, igényes környezet, valamint az emberséges, betegközpontú bánásmód. A kezelési díjak megítélésében tapasztalható megosztottság rámutat arra, hogy míg egyes betegek számára elfogadható a fürdőkezelések költsége (például tb-támogatott formában vagy kedvezményekkel), addig mások anyagi terhet láthatnak benne. A

kevésbé pozitív visszajelzések (bonyolult beutalás vagy hosszú várakozás) oka lehet például az, ha túlterhelt a rendszer bizonyos helyeken, vagy a beteg útja során adminisztratív akadályokba ütközik.

- Ahol probléma merül fel a várakozási idővel vagy a beutalási renddel, ott érdemes folyamatfejlesztést végezni: pl. optimalizálni az időbeosztást, online beutaló és időpontfoglaló rendszert bevezetni.

Egyéb fontos tendenciák a kérdőív eredményeiben

Objektív állapotértékelés használata

- A felmérés rákérdezett, hogy alkalmaznak-e valamilyen funkcionális/életminőség mérő kérdőívet a páciensek állapotának nyomon követésére. A válaszokból kiderült, hogy a többség nem használ ilyen eszközt – csak néhány igen válasz érkezett.
- Konkrétan említésre került a VAS (fájdalomskála) és az Oswestry-féle kérdőív (ami a derékfájás miatti funkciókárosodást méri), illetve egy-egy helyen saját kidolgozású kérdőívet is használnak
- Célszerű bevezetni egységes mérési módszereket (pl. VAS, funkcionális indexek) a gyógyfürdőbe utalt betegek állapotának felmérésére a kúra elején és végén.

Szakember-ellátottság és utánpótlás

- Bár a kérdőív elsősorban a szolgáltatásokra fókuszált, egy kérdés érintette a humánerőforrás helyzetét: „Megfelelő-e a szakember-ellátottság és megoldott-e az utánpótlás?” – különböző kategóriákban (szakorvos, gyógymasszőr, fizioterápiás asszisztens, szakasszisztens, gyógytornász). A válaszok itt vegyes képet mutattak, de általánosságban elmondható, hogy a szakorvos utánpótlást tartják a legkritikusabbnak a kitöltők.

13.4.3. Összegzés, főbb megállapítások és a továbbfejlesztés irányai

- A kérdőíves kutatás rámutatott, hogy a gyógyfürdői ellátás a szakemberek szerint kulcsszerepet játszik a mozgásszervi betegségek kezelésében. A konzervatív terápiák (fürdőkúrák, gyógytorna) preferenciája egyértelmű: a válaszadók többsége ezeket részesíti előnyben a műtéttel szemben, és tapasztalataik szerint a páciensek állapota jellemzően javul is a kúrák hatására.

- A felmérésből az is kiderül, hogy a szakmai protokollok és jogszabályok bizonyos frissítése időszerű (pl. beutalási jogosultságok bővítése, kezelési irányelvek aktualizálása mérőeszközök alkalmazásával).
- Fejlesztési javaslatok (gyakorlati tapasztalatok alapján):
- Betegút és korai hozzáférés: Mivel a szakemberek szerint a fürdőkezelés hatékony és elsődlegesen javasolt terápia sok esetben, biztosítani kell, hogy a betegek minél korábban és gördülékenyebben jussanak hozzá. Ennek érdekében bővíteni kell a beutalásra jogosultak körét (pl. rehabilitációs szakorvosok, neurológusok bevonása), és fejleszteni az adminisztratív folyamatokat (pl. elektronikus beutalási rendszer, előjegyzés).
- Ezen felül az árképzésben és finanszírozásban figyelembe kell venni a betegek teherbíró képességét: ahol lehet, csökkenteni a zsebből fizetendő költségeket (pl. bérletek, kedvezmények), hogy a szolgáltatás szélesebb körben hozzáférhető legyen.

Kezelési protokollok hangolása:

Iszappakolás, szénsavas fürdő: vizsgálni, hogy a hosszabb (25-30 perces) kezelések javítják-e a hatást, és ha igen, bevezetni a gyakorlatba.

Súlyfürdő: figyelni a protokoll betartására a biztonság miatt, de ha a betegek bírják, lehet egyénileg kissé meghosszabbítani a kezelést (orvosi mérlegeléssel).

Minőségmérés, kutatás és költséghatékonysági vizsgálatok:

- A jövőben fontos a gyógyfürdői ellátás eredményességének objektív mérése. Javasolt bevezetni standard állapotfelmérő eszközöket (fájdalomskála, funkcionális indexek) minden páciensnél a kúra elején és végén. Az így nyert adatokkal lehet bizonyítani a kezelések hatását, és az esetleges hiányosságokra is fény derül (pl. mely területen nem javul a beteg).
- Továbbá érdemes kutatásokat indítani a felmerült kérdések tisztázására: például mennyi az ideális iszapkezelési idő egy adott betegségben, vagy hogyan hat a hosszabb masszázsa a gyógyulási időre.

- Szolgáltatás bővítés innovációval: Bár a jelenlegi kínálat is széles, a szakemberek nyitottak új elemekre (pl. nyirokmasszázs, mentálhigiéné). Ha beválnak (a betegek észlelhetően profitálnak belőle, költséghatékony stb.), akkor szélesebb körben is be lehet vezetni.
- A gyógyászati ellátások költséghatékonysági vizsgálata alkalmával (Cost-effectiveness analysis, CEA) az egészség-gazdaságtani elemzések készítésére és értékelésére vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv előírásait szükséges alkalmazni.
- Eszerint indikációként szükséges bemutatni az eredményességet, a hatásosságot, a hazai és nemzetközi evidenciákat és átfogó aktuális szisztematikus szakirodalmi áttekintést, betegségterhet, a kiválasztott elemzés módszertanát, a komparátorokat, ráfordításelemzést, kasszahatást elemzést, diszkontálást (Egészségügyi Közlöny 2025. június 5-i 9. kiadása).
- A reumatikus betegségek, például a fibromyalgia gyógyfürdői kezelései költséghatékonyak lehetnek, különösen akkor, ha más terápiákkal, például testmozgással és betegoktatással kombinálják. A gyógyászati kezelések hatékonysági elemzésénél kiemelten fontos szempont, hogy megfelelően legyen mérve a betegek állapota, funkcióképessége a kezelések megkezdésekor és lezárultát követően.
- A gyógyászati ellátások TB – közfinanszírozási és társadalmi költségei jelentősen eltérnek egymástól, mert jelenleg nagyon magas arányú a betegek által fizetett díj, az önrész. A gyógyászati ellátások és kezelések, nemzetközileg átfogó néven SPA treatments, költséghatékonyságának két fontos komparátora van: az aktív és részben a krónikus-rehabilitációs kórházi kezelések, valamint az igen költséges gyógyszeres kezelések, terápiák.
- A krónikus és rehabilitációs ellátások esetében a költséghatékonyság, mint szempont úgy merül fel, hogyha a betegség súlyossága alapvetően nem igényli a protokoll szerinti 15-21 napos kórházi ellátást, akkor az erre az időszakra jutó napi TB finanszírozásban (14-17 ezer Ft) számottevő részt kitevő ún. hotelköltség (8-10 eFt) megtakarítható, megspórolható lenne a társadalombiztosítás szempontjából. Miközben az a balneológiai és reumatológiai szakma állítása, hogy a gyógyászati

ellátások keretében naponta igénybe vett kezelési csomag legalább olyan intenzív, mint a bennfekvő betegek számára nyújtott napi terápia.

- Az így elért megtakarításból további fedezetet lehet teremteni a vény alapon támogatott széleskörű fürdőgyógyászati ellátásokra. Ennek a potenciális hatékonysági tartaléknak a feltárása, az ágazati szintű hatékonyságjavítás mértékének megállapítása azonban további tudományos igényességű terápia és költség-elemzéseket igényel.
- Mindkét fő komparátor esetében elmondható, hogy költségük jelentősen, akár többszörösen is meghaladhatja a TB támogatásban részesülő gyógyászati eljárásokat, akár még azok ártámogatási összegének 2-3*szoros emelése esetén is.

Összefoglalva

A kutatás eredményei pozitív visszaigazolást adtak a gyógyfürdői ágazat számára – a szakemberek és páciensek is értékesnek tartják ezeket a szolgáltatásokat. Ugyanakkor a részletes válaszok rávilágítottak azokra a területekre, ahol előrelépés szükséges ahhoz, hogy a gyógyfürdők a jövőben is versenyképesek és hatékonyak maradjanak az egészségügyi ellátórendszerben. A javasolt intézkedések megvalósítása – a protokollok frissítésétől a humánerőforrás-fejlesztésen át az újításokig – hozzájárulhat ahhoz, hogy a gyógyfürdői ellátás még eredményesebben szolgálja a betegeket, és a gyakorlati tapasztalatok alapján folyamatosan javuljon a minősége.

13.5. Kontrollkérdések

- a. Milyen trendek határozták meg a gyógyfürdő ellátások teljesítését a 2000-es évek elejétől?
- b. Hogyan hatott a teljesítésekre és az éves TB támogatás kiáramlásra az I. Széchenyi Terv, a Konvergencia programok, a 2012-es ártárgyalás, a 2020-2021-es COVID-19 pandémia és az infláció követés (valorizálás) elmaradása 2012-től 2025-ig terjedő időszakban?
- c. Miért torzult el a TB által támogatott kezelések reálértéke?
 - A TB (társadalombiztosítás) által támogatott gyógyfürdői kezelések reálértéke azért torzul, mert a névleges (nominális) támogatási összegek nem változtak, miközben az infláció és a költségek jelentősen nőttek az elmúlt években.
 - Ha az árak nőnek (infláció van), de a támogatás összege nem változik, akkor a támogatás egyre kevesebb valós költséget fedez – azaz csökken a reálértéke.

- d. Miért jelent problémát az egészségügyi bérek növekedésének figyelmen kívül hagyása a támogatások tervezésében?
- Azért probléma, ha nem veszik figyelembe a bérek emelkedését a támogatási árak meghatározásakor, mert a kezelések költségei így meghaladják a támogatás mértékét, ami pénzügyi veszteséget okoz a szolgáltatóknak, veszélyezteti a TB-ellátások fenntarthatóságát, és csökkenti a betegek hozzáférését.
- e. Melyek a legnagyobb aránytalanságot okozó tényezők a gyógyfürdők finanszírozásában?
- Az elmúlt években az egészségügy több területén jelentős béremelések történtek – például a kórházakban dolgozó orvosok, háziorvosok, labor- és diagnosztikai szakemberek, illetve az otthoni szakápolásban dolgozók bérei emelkedtek.
 - A gyógyfürdők esetében ezek az általános bérnövekedések nem épültek be a NEAK (volt OEP) által finanszírozott kezelések díjaiba. Így miközben a működési költségek (bérek, szolgáltatási díjak) nőttek, a támogatási összeg változatlan maradt.
 - A gyógyfürdők egyre nehezebben tudják fenntartani a közfinanszírozott kezeléseket, hiszen a valós költségeket nem fedezi a TB-támogatás. Ez torz finanszírozási arányokat okoz, mivel más szektorokhoz képest a gyógyfürdők relatív forráshiányba kerülnek.
- f. Milyen szakmai fejlesztési javaslatok vannak a gyógyászati kezelések körének bővítésére?
- g. Mutassa be, hogy milyen szempontok szerint lehet rugalmasabbá tenni a gyógyfürdő ellátások TB finanszírozását?

13.6. Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom/rövidítés	Definíció / magyarázat
03 Iszappakolás	A fürdőkben alkalmazott iszapnak fizikai, kémiai és élettani hatásai vannak. Legfőbb a hőhatás, A szénsavas fürdő keringés zavarok kezelésében hatékony: Szív-, érrendszeri megbetegedéseknél, cukorbeteg, dohányosok szövődményes érszűkületének kezelésénél, csontritkulás esetében.
04 Súlyfürdő	Vízben végzett húzó – trakciós – kezelés. A beteg az orvos által meghatározott módon nyaki felfüggesztéssel, vagy hónalj támasszal, valamint nyaki és hónalj-támasszal történik. A kezelés teljesen fájdalommentes, meleg vízben az izmok ellazulnak, ellazult állapotban nagyon kíméletesen a gerinc megnyúlik. A nyomás alatt álló képletek (ideggyökök, porckorongok stb) felszabadulnak, illetve az alsó végtag nagy ízületeinek tehermentesítése, kiegyenesedése következik be.
05 Szénsavas fürdő	A szénsavas fürdő keringés zavarok kezelésében hatékony: Szív-, érrendszeri megbetegedéseknél, cukorbeteg, dohányosok szövődményes érszűkületének kezelésénél, csontritkulás esetében.
06 Orvosi gyógymasszázs	Az orvosi gyógymasszázs serkenti a szövetekben a keringést és az anyagcsere folyamatokat, fenntartja a szövetek hajlékonyságát. Élénkíti a vérkeringést, ingerli a bőrben és a bőr alatt lévő idegvégződéseket, valamint az izmokban, inakban és ízületekben lévő saját idegvégződéseket. Masszázzsal javíthatjuk az izmok funkcióit, összehúzódnak képességüket, rugalmasságukat, elősegítjük az ízületek felszabadítását, így visszaállítjuk a normális mozgáskészséget.
07 Víz alatti vízszugármasszázs	A kezelést ún. <i>tangentor</i> géppel végzik. Megfelelő víznyomással és távolsággal, valamint a vízszugár nyomásának szabályozásával végzik a kezelést. Egész testre, vagy akár csak egy adott testrészre is terjedhet ki a kezelés.
09 Komplex fürdőgyógyászati ellátás	4 kezeléstípusból áll, ezeket felírási jogosultsággal rendelkező szakorvos írja fel. A kúrában lehet fürdőgyógyászati és fizioterápiás kezelés is.
Fürdőgyógyászati ellátás	Orvosi rehabilitációs ellátások közé tartozik, főként krónikus reumatológiai, ortopédiai, neurológiai és érbetegségek funkciójavítását szolgáló rehabilitációs kezeléseknél alkalmaznak.
Szárazkezelések	Olyan orvosi eljárások, amelyek gázzal, vagy más hidratálást nem igénylő módszerrel történnek, ellentétben a vízzel végzett kezelésekkal.
Ártámogatás	Az ártámogatás azt jelenti, hogy az állam (például a NEAK által képviselt egészségbiztosítás) finanszírozási részében átvállalja egy termék, például egy gyógyászati segédeszköz vagy egy gyógyszer árának egy részét, így a betegnek kevesebbet kell fizetnie érte a bolti, patikai áránál.
Lakossági térítési díj	A térítési díj a gyógyfürdő ellátások igénybevételéért fizetendő díj, amely a szolgáltatás tényleges költségeinek azon részét jelenti, amelyet a társadalombiztosítás nem finanszíroz. Ennek megfizetése a beteg vagy az ellátást igénybe vevő kötelezettsége.
Co-payment-önrész	A Co-payment vagy önrész a szolgáltatás teljes költségének azon része, amelyet a finanszírozó (például a társadalombiztosítás) nem térít meg, és amelynek megfizetése az ellátást igénybe vevő kötelezettsége

13.7. Ábra és táblázat jegyzék

13.1. ábra A fenntartható és fejlődő gyógyászati – fürdőgyógyászati szektor összefüggésrendszere	4
13.2. ábra Gyógyfürdők éve TB támogatása nominális értéken 1995-2025 (milliárd Ft)	9
13.3. ábra Gyógyfürdők éves támogatásának aránya a Természetbeni és a Gyógyszertámogatási kiadásokhoz viszonyítva 1995-2024 (%).....	9
13.4. ábra TB támogatás kezelésenkénti megoszlása 2024. évre és inflációval növelt értéke (millió Ft)	17
13.5. ábra A TB támogatási összegek emelésére javasolt három verzió bemutatása	20
13.6. ábra Éves többlet TB támogatási igény három féle emelési verzióban és három féle kezelésszám felfutási scenárió szerint (millió Ft).....	22
13.1. táblázat A vizsgált fürdők TB finanszírozási aránya az éves árbevételük arányában 2019 és 2024 (millió Ft)	11
13.2. táblázat Egyes kezeléstípusok TB támogatásának jelenlegi és inflációs mértékkel növelt összege (Ft)	16
13.3. táblázat A TB támogatás összegének javasolt emelése gyógyászati kezelésenként három verzió szerint (Ft).....	21
13.4. táblázat Az éves TB támogatás összege a javasolt verziókban (millió Ft)	22
13.5. táblázat A felmérések alapján javasolt új gyógyászati kezelések	27
13.6. táblázat 2. Melléklet A Gyógyfürdő kiadások az E. Alap Természetbeni és Gyógyszertámogatási kiadásainak arányában	38

13.8. Hivatkozások

Tudományos közlemények, tanulmányok:

- **Global Medical Tourism Market. Market Analysis** (2019-2034). Market Research Future®2025
- **Gyógyászati ellátások vényforgalmi adatai fürdőkként**, NEAK, 2018-2019 és 2023-2024 adatbázisok.
- Meridian C. Consulting Bt. (2017) **Fürdőgyógyászati szolgáltatások finanszírozási kérdéseinek vizsgálata a hazai gyógyfürdőkben**. Tanulmány. Készült a Magyar Turizmus Ügynökség megbízásából.

- **OEP Statisztikai Évkönyvek**, 1994, 1998, 2001, 2005, 2010.
- Orosz A. (2016) **Gyógyászati ellátások igénybevételének és társadalombiztosítási támogatásának vizsgálata 2009-től napjainkig**. Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar, OTDK.

Internetes linkek, weboldalak:

- Budapest Gyógyfürdői és Hévízei Zrt. <https://www.budapestgyogyfurdoi.hu/>
- Érvényes szerződéssel rendelkező szolgáltatók jegyzéke 2025
https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/ATFO_dok/GYSE/Gyogyfurdo/c351_szolgaltatok_elerhetosege/gyfurdo-2025/Gyogyaszati_ellatast_nyujto_szolgaltatok_20250520.pdf&inline=true
- Fürdőturisták elkötelezettségeinek és preferenciáinak vizsgálata a nyugat Dunántúlon
<https://journal.uni-mate.hu/index.php/acr/article/view/2584>
- Gyógyfürdő ellátások igénybevételi mutatói
<https://akjournals.com/view/journals/650/160/Supplement-1/article-p22.pdf>
- Gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátások egészségbiztosítási és gazdasági elemzése
<https://pea.lib.pte.hu/server/api/core/bitstreams/d676f44e-e616-407f-91ad-7aa1c3c44de9/content>
- Hidroterápiás fürdőszolgáltatások a reakciókban
<https://real.mtak.hu/109320/1/2020.10.2.2%20-%20Hidroter%C3%A1pi%C3%A1s%20f%C3%BCrd%C5%91szolg%C3%A1ltat%C3%A1sok%20a%20rekre%C3%A1ci%C3%B3ban.pdf>
- Hinek, M., Dózsa, C., Mató-Juhász, A., & Juhász, S. (2019). „**Ki fizeti a masszázst?**” **Fürdőgyógyászati szolgáltatások közfinanszírozása Európa egyes országaiban és Magyarországon**. *Turizmus Bulletin*, 19(4), 32–40.
<https://doi.org/10.14267/TURBULL.2019v19n4.4> <https://journals.lib.uni-corvinus.hu/index.php/turizmusbulletin/article/view/890>
- KSH STADAT <https://www.ksh.hu/stadat>
- KSH 27.1.1.28. A fürdők főbb jellemzői, forgalma és a fürdők által nyújtott szolgáltatások https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0032.html

- KSH 27.1.2.6. A fürdők főbb jellemzői, forgalma és a fürdők által nyújtott szolgáltatások vármegye és régió szerint
https://www.ksh.hu/stadat_files/tur/hu/tur0038.html
- NEAK – Gyógyfürdő
ellátás https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfuro_tamogatas/gyogyfurdo/gyogyfurdo_ellatas

Jogszabályok:

- 89/1990. (V. 1.) MT rendelet a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény végrehajtásáról
- 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
- 17/1997. (VI. 30.) NM rendelet az orvosi rehabilitációs ellátás keretében történő gyógyfürdőellátások rendeléséről, valamint az elszámolás rendjéről
- 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet az egészségbiztosítás működésének szabályozásáról
- 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet az egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról
- 113/2000. (VI. 29.) Korm. rendelet a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyfürdő ellátások támogatásáról
- 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet az orvosi rehabilitáció céljából támogatott gyógyászati ellátásokról
- 509/2023. (XI. 20.) Korm. rendelet a természetes gyógytényezőkéről
- 510/2023. (XI. 20.) Korm. rendelet a közhasználatú fürdők létesítéséről és üzemeltetéséről

13.6. táblázat 2. Melléklet A Gyógyfürdő kiadások az E. Alap Természetbeni és Gyógysertámogatási kiadásainak arányában

A gyógyfürdő támogatási kiadások összege és aránya az E. Alap természetbeni és a gyógyszer-támogatási kiadásokhoz képest (Mrd Ft)						
Időszak	Természetbeni ellátás kiadások	Gyógyfürdő szolgáltatás	Gyógyfürdő aránya a természetbeni kiadásokhoz képest	Gyógyszer-támogatás	Gyógyszer-támogatás aránya a természetbeni kiadásokhoz képest	Gyógyfürdő támogatás aránya a gyógyszer támogatáshoz képest
1995	275,9	1,2	0,44%	70,8	25,7%	1,72%
1996	326,2	1,4	0,43%	85,5	26,2%	1,63%
1997	390,1	1,6	0,40%	100,9	25,9%	1,56%
1998	458,5	1,9	0,41%	135,5	29,6%	1,38%
1999	504,2	2,3	0,46%	139,5	27,7%	1,65%
2000	541,5	3,1	0,57%	150,8	27,8%	2,06%
2001	622,6	4,0	0,63%	179,5	28,8%	2,20%
2002	750,3	4,2	0,56%	209,0	27,9%	2,02%
2003	920,3	4,5	0,48%	251,8	27,4%	1,77%
2004	998,6	4,9	0,49%	288,9	28,9%	1,68%
2005	1 100,4	4,8	0,43%	348,9	31,7%	1,36%
2006	1 165,6	5,2	0,44%	388,7	33,3%	1,33%
2007	1 090,2	4,5	0,42%	323,6	29,7%	1,40%
2008	1 136,3	3,9	0,34%	325,7	28,7%	1,20%
2009	1 123,2	4,0	0,36%	343,2	30,6%	1,18%
2010	1 208,0	3,9	0,33%	357,2	29,6%	1,10%
2011	1 249,1	3,9	0,31%	376,9	30,2%	1,04%
2012	1 223,2	3,9	0,32%	315,1	25,8%	1,23%
2013	1 271,7	4,1	0,32%	296,0	23,3%	1,39%
2014	1 325,5	4,3	0,32%	302,3	22,8%	1,41%
2015	1 369,4	4,2	0,31%	326,2	23,8%	1,30%
2016	1 642,0	4,3	0,26%	349,8	21,3%	1,22%
2017	1 521,3	4,1	0,27%	339,2	22,3%	1,20%
2018	1 852,3	4,0	0,22%	357,8	19,3%	1,11%
2019	1 739,5	4,2	0,24%	362,3	20,8%	1,16%
2020	1 930,4	4,2	0,22%	392,9	20,4%	1,07%
2021	2 389,2	1,7	0,07%	416,5	17,4%	0,40%
2022	2 754,2	2,4	0,09%	440,5	16,0%	0,54%
2023	3 025,3	2,3	0,07%	505,9	16,7%	0,45%
2024	3 181,5	2,4	0,08%	500,3	15,7%	0,48%
2025	3 421,7	2,4	0,07%	534,9	15,6%	0,45%

Forrás: Szerzők

14. Medical Saving Account - MSA – Előtakarékosági rendszerek a világban

Szerzők: Váradi Péter, Stuit Kóka Bianka, Dózsa Csaba László

Tartalom

14.1.	MSA definíció és történet	2
14.2.	Állami és magán MSA-k: elméleti háttér és motiváció	2
13.2.1.	Állami MSA modell	2
13.2.2.	Magán kezdeményezésű MSA modell	3
13.2.3.	Vegyes MSA modell	3
13.2.4.	MSA-k helye az egészségügy finanszírozásában	4
14.3.	A szingapúri MSA modell (MediSave).....	4
13.3.1.	Az egészségügyi rendszer általános leírása.....	4
13.3.2.	Előzmények – történelmi háttér	5
13.3.3.	Szabályozási elemek	5
13.3.4.	Főbb adatok és trendek.....	6
13.3.5.	Aktualitások és érdekességek.....	6
14.4.	Kína – a városi alkalmazottak személyi számlája (UEBMI)	6
13.4.1.	Általános egészségügyi rendszer.....	6
13.4.2.	Előzmények – történelmi háttér	7
13.4.3.	Szabályozási elemek	7
13.4.4.	Főbb adatok és trendek.....	8
13.4.5.	Aktualitások és érdekességek.....	8
13.4.6.	A személyi számla használata	9
14.5.	Dél-Afrika – önkéntes MSA programok.....	9
13.5.1.	III.2.4.1 Általános egészségügyi rendszer.....	9
13.5.2.	Előzmények – történelmi háttér	9
13.5.3.	Szabályozási elemek	10
13.5.4.	Főbb adatok és trendek.....	10
13.5.5.	Aktualitások és érdekességek.....	11
14.6.	MSA az Egyesült Államokban	11
13.6.1.	Előzmények.....	11
13.6.2.	Az MSA modell szabályozási elemei.....	12
13.6.3.	Az MSA rendszer főbb számokban.....	13
13.6.4.	Az MSA rendszer aktualitásai, érdekességek.....	14
14.7.	Összefoglaló áttekintés: az egyes rendszerek összehasonlító elemzése.....	16
14.8.	Kontrollkérdések	17

14.1. MSA definíció és történet

A Medical Savings Account (MSA) olyan dedikált megtakarítási számla, amelyet az egészségügyi ellátás finanszírozására hoznak létre. A számlák alapgondolata, hogy az állampolgárok – munkaadói támogatással vagy anélkül – jövedelmük egy részét félretegyék későbbi egészségügyi kiadásokra. Az MSA rendszerek lehetnek állami vagy magánkezdemenyezések. A csatlakozás lehet kötelező, önkéntes vagy valamely termék megvásárlásához kötött. A megtakarításokat az adott ország adó- és társadalombiztosítási rendszerébe integrálják, így többnyire adómentesek vagy kedvezményesen adózottak. Az MSA-k felhasználhatók kórházi ellátások, ambuláns szolgáltatások, gyógyszerek és biztosítási díjak finanszírozására, és bizonyos rendszerek a családtagok költségeit is engedélyezik.

A koncepció a 20. század végén, elsősorban Ázsiában jelent meg. A legelső országos rendszer Szingapúrban indult 1984-ben (MediSave). Ezt követte az 1998-ban létrejött kínai városi alkalmazotti alapbiztosítás (UEBMI) személyi megtakarítási számlájával, majd a 1990-es évek közepén a dél-afrikai magánbiztosítók önkéntes számlái. Az Egyesült Államok 2003-ban a Medicare Modernization Act keretében hozott létre Health Savings Account (HSA) rendszert, amely az 1996-ban kísérleti jelleggel indított MSA számlákból nőtt ki. Kanadában a magán munkáltatók által létrehozott Health Spending Account (HSA) konstrukciók terjedtek el.

14.2. Állami és magán MSA-k: elméleti háttér és motiváció

Az MSA rendszerek mögötti filozófia közös pontja a feltételezés, hogy az igénybe vevő kevésbé használja a biztosító által térített szolgáltatásokat, akkor, ha azokat ő (is) fizeti. A kisebb kockázatokat (ambuláns ellátás, gyógyszer) a biztosító átteszi a biztosítottra és ehhez ő vagy harmadik forrás költségkeret (egyeszségügyi megtakarítási számlát) tölt fel.

13.2.1.Állami MSA modell

A szingapúri MediSave programot a kormány hozta létre 1984-ben, hogy a lakosságot saját egészségügyi megtakarításra ösztönözze. Ebben a rendszerben az állam adja biztosítást és ő kezeli az MSA-t is. A rendszer az öngondoskodás és az egyéni felelősség elvén alapul: a kormányzat úgy vélte, hogy „az embereknek maguknak kell félretenniük egészségügyi kiadásaikra, mert ez erősíti az önfenntartást és a családi felelősségvállalást”. A megtakarítások bevezetésével a hatóságok egyszerre akarták csökkenteni a közpénzből finanszírozott ellátások terhet és a kórházak iránti indokolatlan keresletet. A kínai UEBMI-személyi számla

bevezetésének motivációja hasonló volt: az 1990-es évek elején a gyors egészségügyi költséginfláció és az egyre több biztosítatlan városi munkavállaló miatt a kormány úgy döntött, hogy a szingapúri modellhez hasonló megtakarítási számlákat hoz létre. A reform célja egyrészt a kórházi ellátások közös kockázati alapjának tehermentesítése, másrészt az egyéni felelősség növelése és a túlzott kereslet csökkentése volt.

13.2.2. Magán kezdeményezésű MSA modell

A dél-afrikai Medical Savings Accountokat (MSA) 1994-ben magán egészségbiztosítók vezették be, hogy korlátozzák saját kockázatukat és a kifizetések növekedését; a rendszer önkéntes, és kiegészíti az állami szolgáltatásokat. Ebben az esetben magánbiztosítási terméken belül jön létre az MSA. Kanadában a Health Spending Accountokat munkáltatók és magánszolgáltatók hozták létre, hogy a Medicare által nem fedezett ellátásokat rugalmasan és adóhatékony módon biztosítsák.

13.2.3. Vegyes MSA modell

Az Egyesült Államokban a HSA-kat 2003-ban indította el a szövetségi kormány, de kezelésük teljes egészében piaci szereplők – bankok, biztosítók – kezében van. A koncepció célja az volt, hogy adómentes megtakarítással növelje a betegek döntési szabadságát és költségérzékenységet, miközben a biztosítási csomagok magas önrészeivel fékezi az egészségügyi szolgáltatások iránti keresletet. Ennél a rendszernél az állam törvényi keretet és adókedvezményeket biztosít, de a rendszert magánszereplők működtetik. A magán MSA-k közös vonása, hogy a kezelést és adminisztrációt nem állami szervek végzik, hanem profit-orientált vagy nonprofit szolgáltatók, ezért a felmerülő költségeket rendszerint a befizetésekből vonják le.

Előnyök

- **Költségérzékenység növelése.** A biztosítottak saját pénzüket költik, ezért tudatosabban döntenek a szolgáltatások igénybevételéről.
- **A közfinanszírozás tehermentesítése.** Mivel a számlák magántulajdonban vannak, a közös (állami vagy társadalombiztosítási) alapokból kevesebb forrást kell kifizetni.
- **Az öngondoskodás ösztönzése.** Az MSA a nyugdíj- vagy oktatási megtakarításokhoz hasonlóan a hosszú távú pénzügyi tudatosságot erősíti. Ugyanakkor az egyéni megtakarításokkal kapcsolatos rendszerek számos kihívással szembesülnek:

Lehetséges hátrányok

- **Egyenlőtlenség** – az alacsony jövedelműek kevésbé képesek félretenni, így számukra az MSA nem biztosít elegendő védelmet.
- **Korlátozott kockázatközösség.** Amikor a biztosított kizárólag saját számláját használja, megszűnik a kockázatmegosztás, ami ellentmond a klasszikus társadalombiztosítási logikának.
- **Adó- és szabályozási kérdések.** Az adókedvezmények hatással vannak a költségvetési bevételekre, ezért számos államban felső hozzájárulási plafonokat vagy ésszerűségi elvet vezettek be.

13.2.4.MSA-k helye az egészségügy finanszírozásában

A nemzetközi **System of Health Accounts (SHA)** a nemzeti egészségügyi kiadások harmonizált mérési rendszere. A módszertan három dimenzióra bontja a kiadásokat: **funkciókra, szolgáltatókra és finanszírozási forrásokra.** Ez utóbbi kategóriában különbséget tesznek a **kormányzati és kötelező rendszerek (HF.1)** és az **önkéntes egészségügyi fizetési sémák (HF.2)** és az OOP költségek között. A **compulsory medical savings accounts (kötelező orvosi megtakarítási számlákat) (HF.1.3)** olyan kormányzatilag szabályozott megtakarítási számlaként határozza meg, amelyet jogszabály ír elő, és amely nem jelent közös kockázatviselést más személyekkel, kivéve a közvetlen családtagokat. Az **HF.2 – voluntary health care payment schemes, (Önkéntes egészségügyi finanszírozási rendszerek)** amelybe az önkéntes MSA-k, a magánbiztosítások, a nem nonprofit önszegélyező pénztárak és egyéb kiegészítő finanszírozási formák tartoznak. Ezek a kategóriák azt mutatják, hogy az MSA-k a SHA-n belül a finanszírozás egy önálló típusát képezik, amely a kötelező állami rendszerek és a magánfinanszírozás között helyezkedik el (Nathan et.al., 2020).

14.3. A szingapúri MSA modell (MediSave)

13.3.1.Az egészségügyi rendszer általános leírása

Szingapúr egészségügyi rendszere több pillérből áll. A kormány jelentős állami kórházakat és klinikákat tart fenn, miközben a MediShield Life univerzális katasztrófa-biztosítással 80–90 %-ban fedezi a nagy kórházi kiadásokat. Minden munkavállaló és tartós tartózkodási engedéllyel rendelkező személy kötelezően fizet a Central Provident Fund (CPF) egészségügyi számláiba; a munkáltató és a munkavállaló együtt utalja a járulékot. A World Bank statisztikái szerint 2022-ben a kormányzati kiadások a teljes egészségügyi kiadás 56,62 %-át, a lakosság közvetlen, zsebből fizetett egészségügyi kiadásai 24,74 %-ot tettek ki, míg a fennmaradó

mintegy 18,6 % a SHA szerinti önkéntes finanszírozási sémákból – például magánbiztosításból és vállalati kiegészítő csomagokból – származott. A központi ellátási csomag alapszintű, de a betegeknek önrész- és co-payment kötelezettségük van, ezért a MediSave és a magánbiztosítás szerepe jelentős.

13.3.2.Előzmények – történelmi háttér

Szingapúr 1984-ben vezette be a **MediSave** programot. A megtakarításokat nemcsak az egyéni egészségügyi kiadások fedezésére, hanem a családtagok – házastárs, gyermekek, szülők – ellátására is felhasználhatják. A kormányzat hamar felismerte, hogy a megtakarítási számla önmagában nem elég a nagy összegű kiadások fedezésére, ezért 1990-ben bevezette a **MediShield** nevű katasztrófa-biztosítást, majd 2015-ben ennek univerzális, életre szóló változatát (MediShield Life, Reviews). Súlyos anyagi helyzetben lévők számára 1993-tól működik a **MediFund** segélyalap, amely a rendszer harmadik „biztonsági hálóját” biztosítja.

13.3.3.Szabályozási elemek

- **Kötelezettség és jogosultság.** A MediSave számlába való befizetés minden dolgozó szingapúri állampolgár és tartós tartózkodási engedéllyel rendelkező személy számára kötelező. A munkáltató és a munkavállaló együtt utalják a járulékot a CPF-be; ebből 8–10,5 % kerül a MediSave számlára, az életkor előrehaladtával magasabb mértékben. Az önfoglalkoztatók is kötelesek befizetni, bizonyos jövedelemhatár felett.
- **Felhasználás.** A számláról kifizethető a kórházi ellátások, egynapos sebészetek, szülészeti szolgáltatások díja, bizonyos krónikus betegségek ambuláns kezelése, valamint biztosítási prémiumok (MediShield Life és magánbiztosítási csomagok). A megtakarításokat a közvetlen családtagok ellátására is igénybe lehet venni. Az öröklés szabályai szerint a számla egyenlege halál esetén a hagyaték részévé válik.
- **Adókedvezmények és kamat.** A befizetések és a számlán jóváírt hozam adómentes. A MediSave számlán lévő egyenleg évi 4–5 % kamatot fizet, ami magasabb, mint a hagyományos bankbetétek hozama. A kormány időnként rendkívüli jóváírásokkal (ún. *top-up*) egészíti ki a számlákat a kis jövedelmű munkavállalók, idősek és újszülöttek számára.
- **Hozzájárulási plafon és korlátozások.** Meghatározzák a **Medisave Contribution Ceiling** maximális egyenleget; e feletti összeg a

nyugdíjszámlára (Special Account vagy Retirement Account) kerül át. A kivételekre éves limit vonatkozik, így a számlák hosszú távú egyenlege nő.

- **Kezelés és költség szint**

A MediSave számlákat a Central Provident Fund Board (CPF, cpg.gov.sg) kezeli: ez az állami szervezet a beérkező járulékokat rögzíti, jóváírja a hozamokat és engedélyezi a kifizetéseket. A betétesek a számlájukhoz elektronikusan vagy személyesen férhetnek hozzá, de a kezelést maga az állam végzi. A MediSave felhasználása nem jár adminisztrációs díjjal, nem számítanak fel díjat sem a kifizetésekért, sem a számlavezetésért.

13.3.4.Főbb adatok és trendek

Bár a MediSave minden formális munkaviszonyban álló személyre kiterjed, a rendszer volumenét elsősorban a befizetési kulcsok és a gazdasági aktivitás befolyásolja. A hozzájárulási kulcs 2024-ben 8 %-tól (fiatal dolgozók) 10,5 %-ig (60 év felettiek) terjed, ami az átlagos bérnövekedés mellett folyamatosan növekvő egyenleget eredményez. A kormány 4–5 %-os kamatot garantál, így a számlák reálértéke hosszú távon is megőrződik.

13.3.5.Aktualitások és érdekességek

A MediSave rendszer az elmúlt évtizedben több reformon ment át: 2015-ben a MediShield Life bevezetésével univerzális katasztrófa-biztosítássá vált, így a kórházi ellátások költségeinek jelentős részét a közös alap fedezi. A kormány 2023-ban újabb top-up programot indított a 21 évesnél fiatalabb állampolgárok és az idősek számláinak támogatására. Az Eldershield hosszú távú ápolási biztosítást 2020-ban CareShield Life váltotta fel, melynek prémiumait szintén a MediSave-ből lehet fizetni. A digitalizáció révén a felhasználók mobilalkalmazáson keresztül követhetik egyenlegüket és intézhetik kifizetéseiket, ami növeli az átláthatóságot és a felhasználói élményt.

14.4. Kína – a városi alkalmazottak személyi számlája (UEBMI)

13.4.1.Általános egészségügyi rendszer

Kína egészségügyi finanszírozása három nagy rendszerre épül: a városi alkalmazotti alapbiztosításra (UEBMI), a városi-vidéki lakossági alapbiztosításra (URRBMI) és a munkáltatói-magán biztosításokra. A World Bank adatai szerint 2022-ben a kormányzati kiadások a teljes egészségügyi kiadás 54,87 %-át tették ki, a zsebből fizetett kiadások magasak:

33,59 %, így a fennmaradó mintegy 11,5 % a SHA szerinti önkéntes fizetési sémákból (magánbiztosítás, vállalati hozzájárulás, jótékonyság) származik (Zhang, 2016). 2023-ra a biztosítási rendszer 1,33 milliárd főt fedett le, ebből 370,95 millió volt a városi alkalmazotti biztosításban. Az állami csomag széles körű: a kórházi ellátások 60–85 %-át, az ambuláns vizsgálatok egy részét és a gyógyszerek egyre bővülő körét téríti. Az ellátás azonban gyakran magas önrészekkel és limitált szolgáltatói választékkal jár, különösen a vidéki területeken.

13.4.2.Előzmények – történelmi háttér

Kína 1998-ban vezette be a városi alkalmazottak alapvető egészségbiztosítását (UEBMI) a városi munkaerő számára. A korábbi vállalati egészségbiztosítások összeomlása után a cél a kötelező biztosítás kiterjesztése volt. A rendszer két részből áll: egy közös kockázati alapból, amely a kórházi ellátást finanszírozza, és egy személyi orvosi megtakarítási számlából, amely az ambuláns ellátások és gyógyszerek fedezésére szolgál. A 2000-es években a vidéki (NRCMS) és városi lakossági (URBMI) rendszerek is létrejöttek, majd 2016-ban összeolvadtak városi és vidéki lakosok alapbiztosításává (URRBMI). A UEBMI 1998-tól kötelező; a nyugdíjasok számára a díjfizetés alól felmentést adtak.

13.4.3.Szabályozási elemek

- **Finanszírozás.** A UEBMI járulékait a munkáltatók és a munkavállalók együtt fizetik. Az országos rendelet szerint a munkáltató a bér 6 %-át, a munkavállaló pedig 2 %-át utalja az alapbiztosítási rendszerbe. A munkavállaló teljes 2 %-os befizetése a személyi számlába kerül, míg a munkáltatói hozzájárulás a közös alapot erősíti (egyes tartományokban ennek egy része szintén átkerül az egyéni számlába). Az átlagbér növekedési üteme meghatározza a járulékalapot.
- **Felhasználás.** A személyi számla felhasználható ambuláns orvosi vizitek, gyógyszervásárlás, fogászati ellátás és bizonyos nem kórházi beavatkozások finanszírozására. Kilenc tartományban a családtagok között is megosztható: a számla egyenlege a közeli rokonok egészségbiztosítási díjának és orvosi kiadásainak fizetésére is fordítható. A résztvevők a számlát más tartományban is használhatják, ami megkönnyíti a migráns munkások ellátását. Az UEBMI rendszer egyéni számláját a biztosítottak társadalombiztosítási kártyával érik el. A kártya bankkal párosított elektronikus eszköz, amelyet a szolgáltatónál bemutatva a számla egyenlegéből közvetlenül levonják az ambuláns vizit vagy a gyógyszervásárlás összegét, de kizárólag

orvosi költségek megtérítésére használható. A rendszer így gyors elszámolást biztosít, de csak szerződött szolgáltatóknál működik.

- **Jogosultság és öröklés.** A rendszer a munkaviszonyban állókra kötelező. A magánvállalkozók választhatnak az alkalmazotti és a lakossági biztosítás között. A személyi számlán lévő egyenleg halál esetén örökölhető.
- **Reformok.** A 2024-es **ambuláns koordinációs reform** (OCR) csökkentette a személyi számlák szerepét, mivel az ambuláns ellátások egyre nagyobb részét a közös alap fedezi. Célja, hogy a növekvő ambuláns költségeket kontrollálja és fenntartsa az alap fenntarthatóságát.
- **Kezelés és költség szint:** A kínai személyi egészségügyi számlákat a városi és tartományi egészségbiztosítási pénztárak kezelik, amelyek a National Healthcare Security Administration (NHSA) felügyelete alá tartoznak. A járulékok beszedése és a számlák vezetése a központi társadalombiztosítási rendszer része, így a lakosoknak nem kell külön számlavezetési díjat fizetnie. A számlák digitális nyilvántartása és a társadalombiztosítási kártya biztosítja a gyors kifizetést, de az összeg csak egészségügyi kiadásokra fordítható, és a rendszer fenntartása az állami adminisztráció költségeit igényli.

13.4.4.Főbb adatok és trendek

A kínai alapbiztosítás napjainkra globális léptékű rendszerré nőtt. A 2023-as adatok szerint az alapbiztosítottak 95,5 %-a rendelkezett valamilyen biztosítással, de csupán 12,8 %-uk rendelkezett személyi orvosi megtakarítási számlával. A személyi számlákba érkező befizetés mértéke egységesen 2 %, így a számlaegyenlegek elsősorban a bérnövekedés és a felhasználási szokások függvényei. Az átlagos ambuláns kiadás 585,63 jüan volt 2022-ben.

13.4.5.Aktualitások és érdekességek

A kínai rendszer egyik legnagyobb kihívása az öregedő népesség: a nyugdíjasok aránya gyorsan nő, ami magasabb kórházi kiadásokat és hosszabb tartózkodási időket okoz. A kormány 2024-ben elindította az ambuláns koordinációs reformot, amely a személyi számlák szerepét csökkentti, és a közös alapból 50,0–75,6 %-os ambuláns térítést vezet be. Várakozások szerint ez meghosszabbíthatja a biztosítási alap egyenlegének pozitív időszakát.

13.4.6.A személyi számla használata

A rendszer így gyors elszámolást biztosít, de csak szerződött szolgáltatóknál működik. A UEBMI rendszer egyéni számláját a biztosítottak **társadalombiztosítási kártyával** érik el. A kártya bankkal párosított elektronikus eszköz, amelyet a szolgáltatónál bemutatva a számla egyenlegéből közvetlenül levonják az ambuláns vizit vagy a gyógyszervásárlás összegét. A HROne útmutató szerint a kártya ugyan bankkártyaként is funkcionál – lehet róla készpénzt felvenni és pénzt befizetni –, de az egészségbiztosítási keret nem vehető ki, kizárólag orvosi költségek megtérítésére használható.

14.5. Dél-Afrika – önkéntes MSA programok

13.5.1.III.2.4.1Általános egészségügyi rendszer

Dél-Afrikában a köz- és magánellátás kettős rendszere alakult ki. Az állami rendszer – amely a lakosság többsége számára az egyetlen elérhető szolgáltatás – ingyenes vagy erősen támogatott alapellátást és sürgősségi kórházi ellátást nyújt. 2022-ben a kormányzati egészségügyi kiadások a teljes egészségügyi kiadás 61,62 %-át tették ki. A háztartások zsebből fizetett kiadásai meglepően alacsonyak (6,71 %), míg a fennmaradó 31,67 % a magánbiztosítási és egyéb önkéntes finanszírozási sémákhoz tartozik. A magán medical scheme biztosítások a lakosság 16–17 %-át fedik le; magas díjakkal működnek, de a szolgáltatások színvonala kiemelkedő. Az állami csomag kiterjed a háziorvosi alapellátásra, szülészeti szolgáltatásokra, fertőző betegségek kezelésére és az alapvető gyógyszerekre, de a várólisták hosszúak, a finanszírozás pedig szűkös. A kormány 2019-ben bejelentette a National Health Insurance (NHI) tervet, amely a jövőben egységes kockázatközösséget hozna létre; a megvalósítás azonban elhúzódik.

13.5.2.Előzmények – történelmi háttér

Dél-Afrikában a magán egészségbiztosítók (medical schemes) 1998-ban vezették be a Medical Savings Account konstrukciót. Céljuk az volt, hogy korlátozzák a társaságok kockázatvállalását és csökkentsék a kifizetési hajlandóságot. A rendszer nem állami kezdeményezés, hanem a piaci szereplők innovációja: a biztosítottak a havi díj egy részét elkülönített megtakarítási számlára fizetik, amelyből az ambuláns ellátás költségeit fedezik. A 2000-es években a kormányzat szabályozási reformokat vezetett be (Medical Schemes Act, 1998. évi CXXXI. tv és módosításai), hogy megakadályozza a kockázatszelekciót és a túlzott adókedvezményeket.

13.5.3.Szabályozási elemek

- **Önkéntesség.** A dél-afrikai MSA-k nem kötelezőek; csak azok a magán biztosítási csomagok tartalmazzák, amelyek magasabb szintű „kórházi plusz” vagy „komplex” csomagot kínálnak. Az alapsomagokat (kórházi fedezet) gyakran MSA nélkül értékesítik.
- **Hozzájárulás és felhasználás.** A biztosítási díj 15–25 %-a kerül a MSA-ba. Az összeg a biztosítási év elején rendelkezésre áll, és a háziorvosi, szakorvosi vizitek, gyógyszerek és kisebb beavatkozások finanszírozására használható. A fennmaradó rész a kórházi fedezetet finanszírozza. Az MSA-ból a számlatulajdonos nem vehet fel készpénzt; csak egészségügyi kiadásokra fordítható. Amennyiben a tag kilép a biztosítói rendszerből, a pozitív egyenleget négy hónap elteltével készpénzben visszafizetik. Néhány független szolgáltató kártyást kínál, például az Agility Healthcard egy bankkártyaszerű eszköz, amelyre a biztosított saját megtakarításait töltheti fel és közvetlenül fizethet orvosi kiadásokat. Az ilyen kártyák függetlenek a kötelező biztosításoktól, és nagyobb rugalmasságot nyújtanak, de nem terjedtek el széles körben.
- **Adózás.** A befizetések, a számlán lévő kamat és a kifizetések adómentesek.
- **Kiegészítő fedezet.** Ha a MSA-ban rendelkezésre álló pénz elfogy, a biztosító továbbra is fedezi a prescribed minimum benefits (PMB) keretében a krónikus gyógyszereket és a kórházi ellátást, de a mindennapi ambuláns kiadások ekkor már a biztosítottra hárulnak.
- **Kezelés és költségszint:** A kezelést a magánbiztosítók – az ún. medical schemes – végzik. Ezek a társaságok állítják össze a díjstruktúrát és vezetik az egyéni megtakarítási számlát. A számlavezetés költséges lehet a biztosítók körülbelül 13 % adminisztrációs díjat számítanak fel a MSA kezeléséért. Az adminisztrációs díj a havi biztosítási díj részét képezi, így azt a tagok rendszerint nem külön tételként érzékelik. A szolgáltatók közötti verseny csekély, ezért a díjak viszonylag magasak maradtak.

13.5.4.Főbb adatok és trendek

Nincs központi statisztika arról, hány dél-afrikai részesül MSA-ban, mivel a rendszer a magánbiztosítók terméke. A kormány a 2000-es években számos szabályt vezetett be (pl. kockázategyesítés, tax credit korlátozás), de a rendszer továbbra is a magasabb jövedelmű rétegek kiegészítő biztosítása maradt.

13.5.5. Aktualitások és érdekességek

A dél-afrikai egészségügyi reform 2023-ban újabb lendületet kapott a National Health Insurance (NHI) törvényjavaslat révén, amely egy egységes állami finanszírozási rendszert hozna létre. Az NHI tervezet szerint a magánbiztosítók MSA-alapú termékei kiegészítő szerepre szorulhatnak vissza.

14.6. MSA az Egyesült Államokban

Az Egyesült Államokban nincs mindenki számára egységes, kötelező egészségbiztosítás. A népesség nagy része munkáltatói vagy egyéni magánbiztosítással rendelkezik, amelyet célzott közprogramok egészítenek ki (idősek és bizonyos rokkantsággal élők számára ez a Medicare, alacsony jövedelműek számára a Medicaid). A magánbiztosításoknál a díj (prémium) és a beteg által viselt költségek (pl. önrész – deductible, együttfizetés – co-insurance) aránya a terméktípustól függ, általában alacsonyabb díj esetén magasabb a saját kockázat.

A magas önrészű biztosítások (HDHP) logikája az, hogy a betegnek először az önrészt kell megfizetnie, ezt követően a költségeket a biztosítóval közösen viseli egészen az éves out-of-pocket maximum eléréséig; e határ felett a hálózaton belüli szolgáltatásokat a biztosító teljes mértékben fedezi. E konstrukciókhoz kapcsolódnak az adóelőnyös megtakarítási számlák, amelyekből a mindennapi, kisebb kiadásokat lehet finanszírozni, míg a nagyobb kockázatokat a biztosítás fedezi.

13.6.1. Előzmények

Az Egyesült Államok egészségügyi finanszírozásának huszadik század végi dilemmája a magánbiztosítás domináns szerepéről és a költségek tartós, gyors növekedéséről szólt. (Getzen, 2017) A hetvenes–kilencvenes években a szövetségi kormány egyszerre próbált intézményi eszközökkel (prospektív finanszírozás DRG/PPS szerint – Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System; PSRO/PRO – Professional Standards Review Organization/Peer Review Organization) és piaci megoldásokkal (HMO – Health Maintenance Organization; PPO – Preferred Provider Organization, Consumer-Driven Health Plans, CDHPs) féket tenni a kiadásokra.

Ezek a lépések alapozták meg a „fogyasztó-központú” irányzatot, vagyis az egyéni megtakarítások és a magas önrészű biztosítások összekapcsolását, amely a mindennapi egészségügyi döntéseket is ár-érzékenyebbé teszi.

A kifejezetten egészségügyi célú megtakarítási számlák első, szövetségi szinten kodifikált formája az Archer Medical Savings Account (MSA) volt, amelyet a Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, 1996), vagyis a Egészségbiztosítási hordozhatósági és elszámoltathatósági törvény kísérleti programként indított az önfoglalkoztatók és a kisvállalatok körében, magas önrésztű egészségbiztosítási tervekkel párosítva. A koncepció lényege, hogy a kisebb, gyakori kiadásokat a beteg a saját, adóelőnyös megtakarításából fizeti, a nagy kockázatokra pedig biztosítás védi – az ösztönzés így kettős (takarékoskodni és mérlegelni). Az áttörést a Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (MMA, 2003) - Medicare vényköteles gyógyszereket, fejlesztéseket és modernizációt szabályozó törvény - hozta el, ez teremtette meg a ma is meghatározó Health Savings Account (HSA) - egészségügyi megtakarítási számla - konstrukcióját, és beágyazta az MSA-logikát a Medicare Advantage (Part C) - alternatív magánbiztosítói Medicare-tervek - kínálatába.

A történeti kontextushoz tartozik, hogy a „menedzselt” verseny és a DRG/PPS a kórházi költségek meredekségét csökkentette, de a teljes rendszerkiadás továbbra is magas maradt, a piaci logika nem tudta kiváltani a közpolitikai szabályozás szükségességét. A megtakarítási számlák ezért nem „általános költségcsökkentő csodaszerek”, hanem pénzügyi-viselkedési eszközök, amelyek a beteget érdekeltté teszik a költség–haszon mérlegelésében, és transzparenssebbé teszik a napi ellátási döntéseket.

13.6.2. Az MSA modell szabályozási elemei

Az Archer MSA a HIPAA (1996) nyomán, célzott és időben korlátozott pilotként jött létre. A jogosultak köre szűk volt (önfoglalkoztatók, legfeljebb 50 fős cégek dolgozói), és feltétel volt a magas önrésztű biztosítás (High Deductible Health Plan). Az Archer MSA-k újrainyitása azóta gyakorlatilag lezárult, bár a meglévő számlák futhatnak tovább, a koncepció történeti jelentőségű előfutár, fő elemei a HSA-ban élnek tovább. Az IRS (szövetségi adóhatóság) ma is külön kezeli az Archer MSA-t a HSA-hoz és FSA-hoz (Flexible Spending Account - rugalmas felhasználású megtakarítási számla) képest (IRS).

A HSA-t az MMA (2003) vezette be az IRS 223. rendeletével. Kulcsfeltétel, hogy a magánszemély HSA-kompatibilis magas önrésztű biztosítás keretében legyen biztosítva, és ne rendelkezzen ezzel párhuzamosan „általános célú” FSA-val, vagy HRA-val (Health Reimbursement Arrangement - egészségügyi költségterítési megállapodás) - az egyetlen kivétel

a korlátozott célú, kizárólag fogászati/szemészeti szolgáltatásokra felhasználható FSA. A kizárás oka, hogy a HSA háromszoros adóelőnyt jelent: a befizetés adóelőnyös, a hozam adómentes, a minősített egészségügyi kiadásokra a kifizetés is adómentes. Nem minősített felhasználás esetén adó és - 65 év alatt - büntetőadó terheli, 65 év felett a nem egészségügyi célú kivét adóköteles, különbünetés nélkül. A HSA-hoz kapcsolódó magas önrésztű biztosítás definícióját és a minimális önrészt/éves önköltség korlátokat az IRS évente aktualizálja (IRS).

2025-ben a HSA-hozzájárulási plafon: egyéni 4 300 USD, családi 8 550 USD; az 55+ „catch-up” 1 000 USD. A HDHP minimális önrésze: egyéni 1 650 USD, családi 3 300 USD; a maximális éves saját zsebköltség (in-network) 8 300 / 16 600 USD. Ezeket az IRS a Rev. Proc. 2024-25 közleményben tette közzé (IRS).

A Flexible Spending Account (FSA) a munkáltatói cafeteria egyik klasszikus eleme. Működése eltér a HSA-tól: naptári/terv év elején a munkavállaló előre kiválasztja az éves keretet, amelyhez az ún. „uniform coverage”, vagyis egységes lefedettségű szabály miatt már az év elejétől hozzáfér (cash-flow előny), viszont fennáll a „use-it-or-lose-it” elv. Enyhítésként néhány hónapos türelmi időt lehet adni, vagy a fel nem használt összegből meghatározott maximum átvihető a következő évre (carryover). 2025-ben az FSA éves hozzájárulási limitje 3 300 USD; a választható carryover maximuma 660 USD (KFF, hsaresearch.com).

A Medicare MSA a Medicare Advantage (MA) portfólió speciális terméke: a biztosító magas önrésztű MA-tervet kínál, és évente egy összegű jóváírást helyez a kedvezményezett MSA-számlájára, aki ebből költi a mindennapi költségeket az önrész mértékéig, afölött a terv szabályai szerint minden költség a biztosítót terheli. A gyógyszer-fedezet (Part D) külön választható. A konstrukció jogi-technikai részleteit a Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) leírása jól összefoglalja, 2025-ben például explicit éves felső korlátot is megállapít a tervekben alkalmazható önrészekre (ebri.org, hsaresearch.com).

13.6.3. Az MSA rendszer főbb számokban

Az Archer MSA új számlanyitásra évek óta nem elérhető, piaci súlya marginális a HSA-hoz képest. A Medicare MSA elérhetősége földrajzilag szűk, kínálata terv- és megye-függő, országos szinten rés piac (medicareresources.org).

A HSA ezzel szemben a munkáltatói szektor egyik fősodra: a Kaiser Family Foundation, egy független egészségpolitikai kutatóintézet 2024-es munkáltatói felmérése szerint a munkáltató

által biztosított dolgozók körülbelül negyede magas önrészt biztosítás, HSA vagy HRA típusú tervben van - különösen a közepes és nagyvállalati szegmensben magas a penetráció. (McDermott).

A Devenir 2024 végén több tízmilliárd dolláros eszközállományról és több tízmillió aktív HSA-számláról számolt be; a számlaszám és az átlagegyenleg évtizedes növekedési trendet mutat. A felhalmozás jövedelmi lejtőt követ: a magasabb jövedelműek nagyobb arányban és összeggel takarítanak meg. A Brookings 2024-es elemzése szerint a HSA-adóelőnyök regresszív hatásúak lehetnek (ebri.org).

Aggregált pénzforgalmi adatok alapján 2025-ben a HSA-limitek inflációkövető emelkedése folytatódott (ld. fent), és a magas önrészt biztosítások könnyített előzetes ellátásai (telemedicina, bővített preventív csomagok) a belépést és a mindennapi használatot is megkönnyítik anélkül, hogy a HSA-jogosultság megszűnne. Ezek a finomhangolások, különösen a telemedicina „safe harbor” véglegessé tétele a makroszámokban is tetten érhetők: a belépés sok cégnél már nem jár azzal, hogy a dolgozó az első orvosi kontaktusig jelentős költségkockázatot visel, így a HSA-val kombinált magas önrészt biztosítás vállalhatóbb termék lett (devenir.com).

13.6.4. Az MSA rendszer aktualitásai, érdekességek

Normál esetben a HSA-kompatibilis magas önrészt biztosítás csak a deductible (önrész) elérése után térít, kivéve a jogszabályban meghatározott preventív szolgáltatásokat. Két tartós fejlemény is történt azonban ennek kapcsán az utóbbi időben:

- A telehealth safe harbor lehetővé teszi, hogy bizonyos telemedicina-szolgáltatások önrész előtt is téríthetők legyenek HSA-jogosultság megőrzése mellett. Ez a COVID-időszakban ideiglenes kivételként indult, 2025-től véglegessé vált (devenir.com).
- 2019 óta az IRS többször is bővítette, mit téríthet a magas önrészt biztosítás önrész nélkül (pl. egyes inzulintermékek, folyamatos glükózmonitorozás, kiterjesztett emlőrákszűrés, vény nélkül kapható fogamzásgátlók), a HSA-kompatibilitás megőrzésével (IRS).

Szakpolitikai vitákban az utóbbi években előtérben volt a HSA-hozzáférés bővítése (egyes szolgáltatások előzetes önrész nélküli fedezhetőségének bővítése, krónikus elemek tartós „preventív” besorolása), illetve az FSA-k rugalmasabbá tétele. A munkáltatói szektorban stabil

a HDHP/HSA jelenléte, míg a Medicare MSA szűk kínálattal, kevés szolgáltatóval fut - jellemzően olyan kedvezményezettek választják, akik proaktívan menedzselik mindennapi költségeiket, és elfogadják a magas önrész és biztosítói jóváírás kombinációját (KFF, medicareresources.org).

A tudományos viták az elosztási hatásokra fókuszálnak: a kritika szerint a kedvezmények inkább a magasabb jövedelműeknek kedveznek, és a magas önrész visszatartja a szükséges ellátástól az alacsony jövedelmű, fizetéstől fizetésig élő háztartásokban. A támogató nézőpont szerint a költségtudatosság és a preventív kivételek együtt javítják a rendszer fenntarthatóságát és az egyéni döntések minőségét. Összegzésként: az eredeti MSA ötlete a HSA-ban „ért be”, az FSA a munkáltatói juttatás logikáját szolgálja, a Medicare MSA pedig szűk, de koherens MA-termék – mindezek az amerikai, sokszereplős, részben piaci, részben közpolitikai finanszírozási ökoszisztéma organikus részei.

14.7. Összefoglaló áttekintés: az egyes rendszerek összehasonlító elemzése

Az alábbi táblázat a bemutatott MSA rendszerek legfontosabb jellemzőit hasonlítja össze.

Ország / rendszer	Kötelező vagy önkéntes?	Finanszírozás (munkavállaló / munkáltató)	Jogosultak és lefedettség	Fő felhasználási kör
Szingapúr – MediSave	Kötelező	8–10,5 % a munkabérből	Munkavállalók; közel univerzális lefedettség	Kórházi, nap-egészségügyi és bizonyos ambuláns szolgáltatások; családtagok ellátása
Kína – UEBMI személyi számla	Kötelező (városi alkalmazottak)	2 % a munkavállalótól a személyi számlára	a személyi számlával rendelkezők aránya kb. 12,8 %	Ambuláns ellátás, gyógyszerek, fogászat; egyes tartományokban családi megosztás
Dél-Afrika – Medical Savings Accounts (MSA)	Önkéntes, magánbiztosítási termék	A díj 15–25 %-a kerül a számlára	Csak magánbiztosítási tagok; nincs pontos országos adat	Mindennapi orvosi kiadások; háziorvos, szakorvos, gyógyszerek
USA – Health Savings Account (HSA)	Önkéntes, HDHP-vel párosítva	2025-ben max. 4 300 USD (egyéni) / 8 550 USD (családi) befizetés; munkavállaló és munkáltató is fizethet	Bárki, aki megfelelően magas önrésztű biztosítással rendelkezik	Széles körű: orvosi, fogorvosi, gyógyszer, szemészeti; a fel nem használt összeg átgurul
Kanada – Health Spending Account (HSA)	Önkéntes, munkáltatói juttatás	Nincs törvényi limit, de a javasolt maximum a bér 25 %-a	Bejegyzett vállalatok alkalmazottai	Fogorvosi, paramedicinális szolgáltatások, gyógyszerek, gyógyászati eszközök

Forrás: Szerzők

14.8. Kontrollkérdések

- a. Hogyan definiálná az előtakarékoságot az egészségügyben?
- b. Mi fő jellemzője az állami alapon szervezett MSA rendszernek?
- c. Van-e szolidaritási elem társadalmi szinten a MSA rendszerekben?
- d. Van-e kockázatközösség az MSA rendszerekben?
- e. Melyek a fő jellemzőik a magán-alapon szervezett MSA rendszernek?
- f. Milyen szervezeti, történeti előzményei vannak az USA-ban az MSA rendszernek?
- g. Melyek az USA MSA rendszerének fő jellemzői?
- h. Melyek a szingapúri MSA rendszer fő tapasztalatai?
- i. Milyen szerepe van a kínai SHA rendszernek az egészségügy finanszírozásában?
- j. Milyen előnyei vannak az előtakarékosági MSA rendszereknek a zsebből történő (Out-of-Pocket - OOP) kiadásokhoz képest?
- k. Ön szerint milyen szerepe lehet ez előtakarékosági rendszernek a hazai egészségügy finanszírozásában?

14.9. Hivatkozások

- Central Provident Fund Board: What is the basic healthcare Basic Healthcare Sum?
- <https://www.cpf.gov.sg/service/article/what-is-the-basic-healthcare-sum>
- Center of Medicare and Medicaid (CMS) **Medicare MSA Consumer Information**; Medicare Advantage 2025 spot light ([ebri.org](https://www.ebri.org), [KFF](https://www.kff.org))
- Congress.gov: *Public Law 104-191* (HIPAA, 1996)
Congress.gov: *Public Law 108-173* (Medicare Modernization Act, 2003)
Devenir: **HSA Market Reports (2024/2025)** – HSA-számlák és eszközállomány trendjei.
Brookings Institution (2024): *HSAs: Who benefits and how?* – elosztási hatások, regresszivitás. ([ebri.org](https://www.ebri.org))
- Getzen T.E., **The Growth of Health Spending in the USA: 1776 to 2026** (September 7, 2017). Available at SSRN: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3034031>
- IRS, *Publication 969* ([IRS](https://www.irs.gov))
IRS, *Rev. Proc. 2024-25* ([IRS](https://www.irs.gov))
IRS, *Notice 2019-45 és Notice 2024-75* ([IRS](https://www.irs.gov))
KFF (Kaiser Family Foundation) (2025) **How U.S. Employers are Changing Health Benefits in 2024** – HDHP/HSA, Health Provisions in the 2025 Federal Budget

Reconciliation Law ([McDermott, devenir.com](#))

Nathan N., Dastan I., Mataria A. (2020) **Developing health accounts following SHA 2011: a situational analysis of countries in WHO Eastern Mediterranean Region.** East Mediterr Health Journal. Vol. 23; 26(7): p. 810-819. doi: 10.26719/emhj.20.031. PMID: 32794167 DOI: 10.26719/emhj.20.031

- MediSave – Ministry of Health Singapore.
- <https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/schemes-and-subsidies/medisave/>
- Ministry of Health Singapour (2024) **MediShield Life Reviews. An overview of the MediShield Life Council's recommendations for past reviews.**
- <https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/schemes-and-subsidies/medishield-life/medishield-life-review/>
- SHRM és IRS Newsroom: **2025 Health FSA limit: 3 300 USD; carryover maximum 660 USD.** (KFF, [hsaresearch.com](#)) Sun, X. (2020) World Health Systems. John Wiley & Sons. ISBN 978-1-119-50-887-8
- World Health Organization: (2000) **The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance.** WHO, 2000, 215 p.
- WHO **Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report.** 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240040618>
- Zhang H., Yuen P.P. (2016) **Medical Savings Account balance and outpatient utilization: Evidence from Guangzhou, China.** Soc Sci Med. Vol. 151: p. 1-10. doi: 10.1016/j.socscimed. 2015.12.035. Epub 2015 Dec 25.

Jogszabályok:

- Republic of South Africa (1998): Statutes of the Republic of South Africa – Medicine, Dentistry and Pharmacy. Medical Schemes Act No. 131 of 1998

15. Egészségpénztárak Magyarországon: Történeti áttekintés és működési jellemzők

Szerző: Dr. Váradi Péter

Tartalom

15.	Egészségpénztárak Magyarországon: Történeti áttekintés és működési jellemzők	1
15.1.	Bevezetés	2
15.1.1.	Besorolás	2
15.1.2.	Történelmi kontextus és kialakulás	2
15.2.	Főbb jellemzők	3
15.2.1.	Alapelvek	3
15.2.2.	Szerepkörök	3
15.2.3.	Tulajdon és irányítás	3
15.3.	Működés	4
15.3.1.	Befizetések	4
15.3.2.	Pénztári alapok	4
15.4.	Fejlesztési szakaszok	5
15.4.1.	Útkeresés (1998-2002)	5
15.4.2.	Munkáltatók megnyerése (2003-2011)	6
15.4.3.	Kényszerű modellváltás (2012-2020)	8
15.4.4.	Új lendület (2021-)	10
15.5.	A magyar egészségügyi rendszerben betöltött szerep	13
15.6.	Jövőkép	15
15.6.1.	Az egészségpénztárak és magán egészségbiztosítás egészségnyereség teremtő képességének növelése	16
15.6.2.	A munkáltatói forrásbevonás és ezáltal az OOP kiadások csökkentése	16
15.7.	Kontrollkérdések	17
15.8.	Kulcsfogalmak és rövidítések	18
15.9.	Ábra és táblázatjegyzék	18
15.10.	Hivatkozások	19

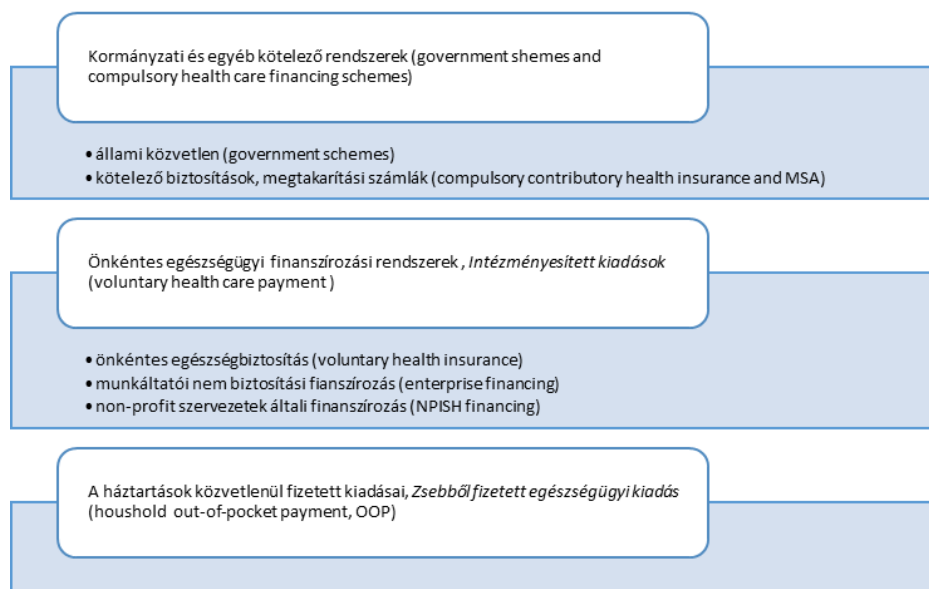
15.1. Bevezetés

15.1.1. Besorolás

Az egészségpénztárak Eurostat által közösen kidolgozott System of Health Accounts (SHA, 2011) alapján a finanszírozási alrendszerbe és ICHA-HF (International Classification for Health Accounts financing schemes) alapján az Önkéntes egészségügyi finanszírozási rendszerek (Voluntary health care payment, ezen belül az önkéntes egészségbiztosítás (voluntary health insurance) csoportba tartoznak (Eurostat, 2011).

A forrásaikat a munkáltatóktól, háztartásoktól és az államtól gyűjtik be és ezekből vásárolnak szolgáltatásokat a háztartások és magánszemélyek számára.

15.1. ábra Az egészségügyi finanszírozás rendszerei



Forrás: Saját szerkesztés és egyszerűsítés a System of Health Accounts 2011 besorolás alapján

15.1.2. Történelmi kontextus és kialakulás

Az önkéntes egészségpénztárak rendszere Magyarországon az 1990-es években került bevezetésre, a nyugdíjrendszer reformjához kapcsolódó elképzelések részeként. A rendszer kialakításakor az állam egy nem piaci alapú, nonprofit modell mellett kötelezte el magát, amely az önkormányzatiságra épülő struktúrát öltött. A jogszabályi háttér az 1993-ban elfogadott önkéntes kölcsönös biztosítópénztári törvény (XCVI. törvény) biztosította.

Az önkéntes pénztárak működési kereteinek kialakítása során a szakértők figyelembe vették a háború előtti Magyarországon széles körben elterjedt segélyegyletek tapasztalatait, valamint külföldi példákat is megvizsgáltak. Különösen nagy hatással volt a magyar szabályozásra a Franciaországban működő kölcsönös biztosító intézmények, az úgynevezett mutuelle-ek rendszere, amelyek működési modellje és szabályozása fontos iránymutatást jelentett. Ennek köszönhetően a megalkotott jogszabály lehetővé tette, hogy az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárak különböző jellegű szolgáltatásokat nyújtsanak, és eltérő típusú pénztárak jöjjenek létre (Török, 2024).

15.2. Főbb jellemzők

15.2.1. Alapelvek

A rendszer működését olyan alapelvek határozzák meg, mint az önkormányzatiság, a zárt gazdálkodás (az alaptevékenységen kívüli gazdasági tevékenység nem végezhető), a kölcsönösség, az önkéntesség, a függetlenség, a szolidaritás (egyenlő tagdíjfizetési kötelezettség függetlenül az egyéni kockázattól) és a diszkriminációmentesség (vallási, etnikai, politikai stb. alapon). Ezen elvek mentén a modell elsősorban a francia és szlovén kiegészítő biztosítási rendszerekhez hasonlít, ahol a szolidaritás és a kockázati szelekció kizárása ("cherry picking" elkerülése) kiemelt szempont.

15.2.2. Szerepkörök

Az önkéntes egészségpénztárak kettős funkcióval bírnak: egyrészt egyéni számlavezetést biztosítanak, másrészt bizonyos biztosítási elemek is megjelennek a rendszerben. A nyugdíjpénztárak esetében ez a járadékszolgáltatásban, az egészségpénztárak esetében pedig az úgynevezett szolidaritási alapokban nyilvánul meg, amelyek a tagok csoportjaira irányuló közösségi programokat finanszíroznak. A szolgáltatási kör kialakítása aktuárius biztosításmatematikai módszereken kell, hogy alapuljon.

15.2.3. Tulajdon és irányítás

Az egészségpénztár tulajdonosai a tagjai, akik belépéskor a pénztárba történő csatlakozással válnak közösség részévé. A tagok közös tulajdonában van a pénztár vagyona, nincs külső befektető vagy részvényes. Minden tag jogosult a pénztár szolgáltatásaira, és közvetlenül (taggyűlést üzemeltető pénztárak) vagy közvetett módon (küldöttközgyűlést üzemeltető pénztárak) beleszólhat az irányításba is.

15.3. Működés

15.3.1. Befizetések

Egyéni befizetések

Ezeken belül a Pénztárak kötelesek meghatározni az ún, egységes tagdíjat, azt a havi minimális befizetést, amit minden tag vállal. Szinte kizárólag a nem fizető tagok hozamából való elvonás miatt van jelentősége,

Munkáltatói befizetések

Munkáltatói tagdíjtvállalás: A munkáltató a tag (egyén) befizetési kötelezettségét átvállalhatja és többlet tagdíjfizetést is teljesíthet

Célzott szolgáltatás: Jellemzője, hogy a támogatás nem tagok egyéni számláján íródik jóvá, így a támogatást kedvezményezettje azt nem használhatja fel szabadon. A támogató meghatározhatja a támogatottak körét (pl. vezető beosztású munkavállalók) és az ahhoz tartozó szolgáltatást (pl. évente kiterjesztett szűrővizsgálat) is.

Támogatói befizetések

A Pénztárt vagy annak tagjait bárki támogatja.

15.3.2. Pénztári alapok

Fedezeti alap

A befizetéseket a Pénztárak kötelesek az alapok között felosztani, a felosztás mértékét az alapszabályban kell rögzíteni.

Egyéni Számlák (Egyéni Egészség számla), melynek funkciója a tagok saját célú egészségügyi kiadásainak fedezése. A tagok bármikor igénybe vehetik a számlán rendelkezésre álló összeget, általában egészségkártyával vagy számla benyújtásával.

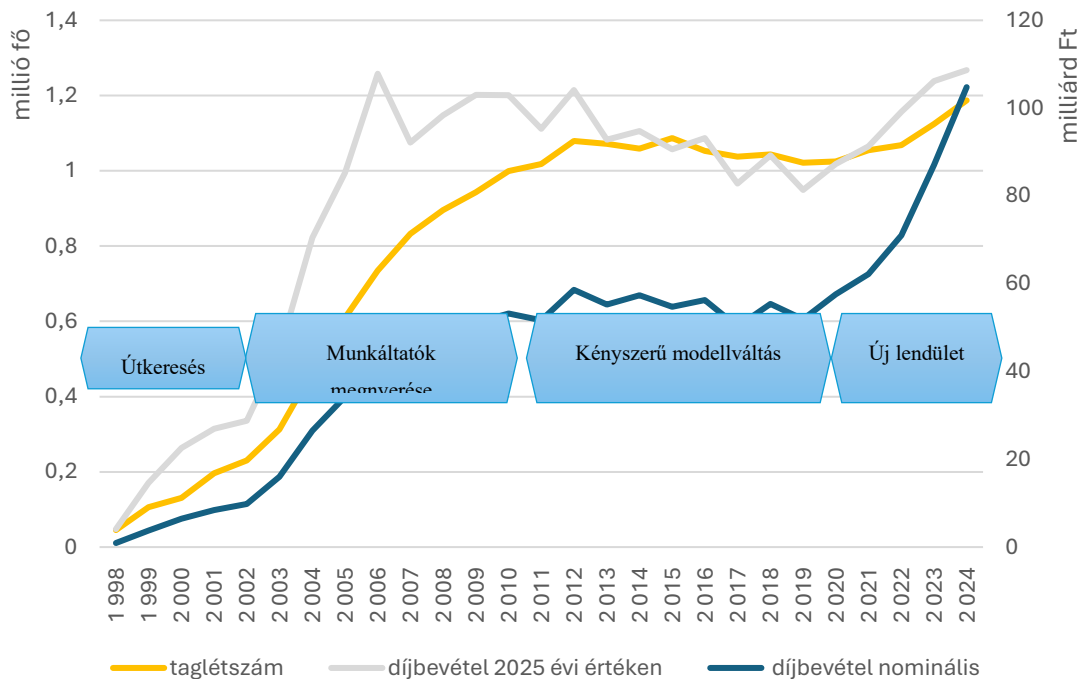
Szolidáris Alap (Opcionális), mely közösségi, szolidáris jellegű szolgáltatások finanszírozására szolgál, melyet, az arra jogosultak rászorultság vagy egyéb szabályok alapján vesznek igénybe nem a befizetéseik arányában.

Működési Alap, amiből a Pénztár minden működési költségeit fedezi, beleértve az adminisztrációs költségeket, marketinget, IT fejlesztéseket és ügyfélszolgálatot.

Likviditási Alap, nevével ellentétben jellemzően tartalékképzésre szolgál

15.4. Fejlődési szakaszok

15.2. ábra Egészségpénztárak taglétszáma, nominális díjbevétele* és díjbevétele 2025-ös** értéken
1998 és 2024 között (millió fő, milliárd Ft)



Forrás: MNB adatsora alapján saját szerkesztés

*MNB adataiban a fedezeti alapon jóváírt összeg szerepel, amit a feltételezett működési költséggel korrigáltunk

** MNB éves inflációs adatok felhasználásával

15.4.1. Útkeresés (1998-2002)

A kezdeti időszakban az egészségpénztárak működése leginkább munkáltatói kezdeményezésekhez kötődött. A szabályozási keretek és a társadalombiztosítási rendszerhez való szervesen illeszkedés jelentősen lassították az elterjedést.

Adókönyvet:

Munkáltató: Adómentesen adható jutatás hatalmas előny a bérrel szemben.

Magánszemély: Az egyéni befizetések utáni adókedvezmény 30% 100 000 Ft (300 000 Ft befizetés) összeghatárig.

Szolgáltatások:

Nagyrészt szűrőprogramok programok és gyógyszer.

A befizetések 40%-át közösségi alapon kötelező, felhasználni. A tagok csak egyenlegük 60%-a felett rendelkezhetnek. Fejletlen szolgáltatói hálózat.

Egyéb jellemzők

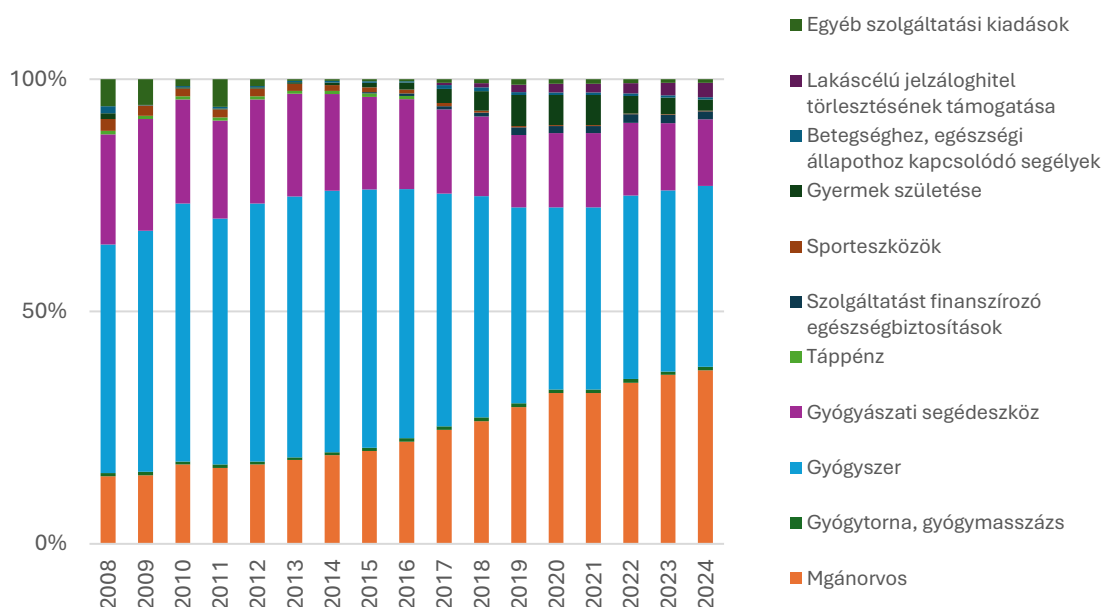
Taglétszám: 0->230 ezer

Pénztárak száma: 0->57

Tagdíjbevétel: 0-> 10 milliárd Ft

Díjbevétel 2025-ös értéken: 0-> 29 milliárd Ft

15.3. ábra Egészségpénztárak szolgáltatási kiadásai 2008-2024 (%)



Forrás: MNB adatok alapján saját szerkesztés

15.4.2. Munkáltatók megnyerése (2003-2011)

A munkáltatók által nyújtott béren kívüli juttatások iránti kereslet, valamint a szabályozási környezet változása az egyéni megtakarítások irányába mozdították el a szektort. Az egészségpénztári tagság a munkavállalók számára kedvező adózású juttatássá vált. Megjelentek a banki, biztosítói és szolgáltatói háttérrel működő pénztárak, és az ágazat 2010-re elérte a több mint egymillió fős taglétszámot, az egyéni számlákon nyilvántartott vagyon pedig meghaladta az 50 milliárd forintot. Az egészségpénztári számlák működése egyre inkább az angolszász "Medical Savings Account" modellhez hasonlított, köszönhetően az elfogadóhely-hálózat fejlődésének. A pénztárak az igénybevételt egyszerűsítő, a bankkártyákhoz hasonlóan működő kártyás fizetési megoldásokat vezettek be, amelyek lehetővé tették a szolgáltatások gyors és

adminisztrációmentes elszámolását, ezáltal tovább erősítve az egészségpénztári rendszerek mindennapi használhatóságát és elterjedtségét.

Adókönyezet:

Munkáltató: 2005 és 2009 között a munkabérek adóéke 51,1% és 54,5% között mozgott, míg az egészségpénztári hozzájárulások adóéke gyakorlatilag nulla volt. Ez azért volt lehetséges, mert ezek a juttatások teljesen adómentesek voltak, és a pénztárak működési költségei is minimális hatással voltak a teljes terhelésre. Ez erős ösztönzést jelentett a munkáltatók számára a béren kívüli juttatások nyújtására.

Magánszemély: Az egyéni befizetések utáni adókedvezmény 30% 100 000 Ft (300 000 Ft befizetés), majd 2007-től 120 000 Ft (360 000 Ft befizetés) összeghatárig.

Szolgáltatások:

A befizetések 40%-át közösségi korlát megszünik. Megjelennek az első egészségpénztári kártyarendszerek. Országos szolgáltatói hálózatok alakulnak ki a gyógyszer, fogászat, magánorvosi ellátás területén.

A szolgáltatási kiadásokat a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és orvostechikai eszköz kifizetések dominálják. A magánegészségügyi ellátást főleg a fogászati költségek alkotják, részben a vidéken fejletlen ellátóhálózat, részben a számlaadási fegyelem hiánya miatt.

Egyéb jellemzők

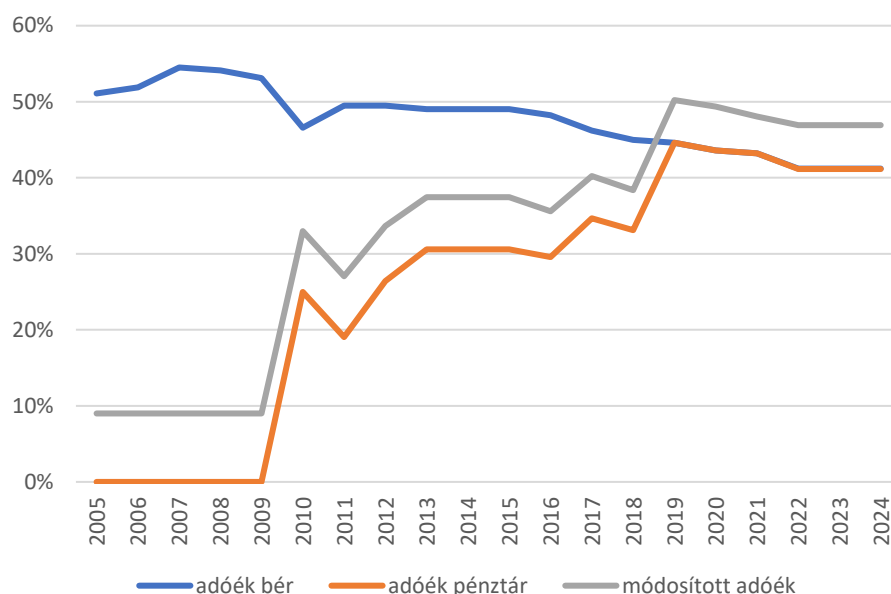
Taglétszám: 230 ezer->1 millió

Pénztárak száma: 57->43

Díjbevétel: 10 milliárd Ft->52 milliárd Ft

Díjbevétel 2025-ös értéken: 29 milliárd Ft->95 milliárd Ft

15.4. ábra Az munkáltatók által vállalt egészségpénztári tagdíjtvállalás adóterhei (adóék* és módosított adóék**) változása 2005-2024 (%)



Forrás: MNB adatok alapján saját szerkesztés

*adóék= összes adó és járulék/ munkáltatói költség

**módosított adóék = (pénztári működési elvonás + összes adó és járulék)/munkáltatói költség

15.4.3. Kényszerű modellváltás (2012-2020)

A 2010-es években a szektor fejlődése megtorpant, amelyben jelentős szerepet játszott a munkáltatói juttatási rendszer átalakítása, valamint alternatív juttatási formák (pl. SZÉP kártya, Erzsébet-utalvány) megjelenése. Míg 2011-ben a befizetések mintegy 80%-a munkáltatói forrásból érkezett, 2022-re ez az arány 15% alá csökkent. Ugyanakkor a pénztárak fokozatosan bővítették biztosítási jellegű szolgáltatási palettájukat, előtérbe kerültek az "opt-out" rendszerű, alacsony díjú, de kedvező feltételekkel működő csoportos egészségbiztosítások. Jelenleg az egészségpénztári tagok közel 50%-a rendelkezik ilyen jellegű biztosítással.

Adókönyvezet:

Munkáltató: A munkáltatói tagdíjtvállalás tekintetében 2010-ben megtörtént egy hosszú átalakulási folyamat első lépése: az egészségpénztári hozzájárulások adóéke 25%-ra emelkedett, a bér adóéke pedig 46,6%-ra csökkent. a módosított adóék 33%-ra nőtt. Ez jelentős költségnövekedést jelentett a munkáltatók számára, és lényegesen csökkentette a juttatások vonzerejét. 2011 és 2018 között az egészségpénztári juttatások adóéke folyamatosan növekedett, 19,04%-ról 34,66%-ra. A módosított adóék eközben 27,04%-ról 40,22%-ra nőtt, ami azt mutatja, hogy a pénztári juttatások költsége már közelítette a bérkifizetések terheit.

2019-ben teljesen megszűnt az egészségpénztári juttatások adóelőnye, azok bérként adóznak, azzal, hogy adójóváírást igénybe vehetnek a magánszemélyek.

2012-től megjelent egy új a tagdíjtvállalással azonosan adózó munkáltatói támogatási forma a célzott szolgáltatás.

Magánszemély: Az egyéni befizetések utáni adókedvezmény 20%-ra csökken előbb 100 000 Ft (500 000 Ft befizetés), majd 2016-tól 150 000 Ft (750 000 Ft befizetés) összeghatárig.

Szolgáltatások:

Az ügyfélkör átalakulásával a szolgáltatások igénybevétele fokozatosan mozdul a magánorvosi kiadások felé, de dominánsak maradnak a gyógyszerértékesítési költségek.

Egyéb jellemzők

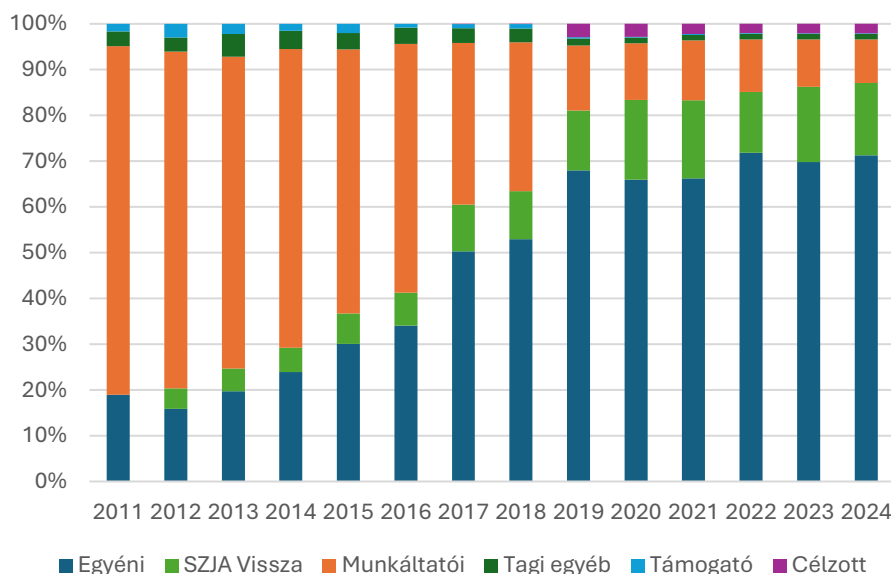
Taglétszám: 1 millió-> 1 millió

Pénztárak száma: 43-> 18

Bevétel: 52 milliárd Ft-> 58 milliárd Ft

Díjbevételek 2025-ös értéke: 95 milliárd Ft-> 87 milliárd Ft

15.5. ábra: Egészségpénztárak fedezeti alapjának bevételei 2011 és 2024 között (%)



Forrás: MNB adatok alapján saját szerkesztés

15.4.4. Új lendület (2021-)

A munkáltató bevételek elvesztése befejeződött a 2020-ra. A COVID járvány rávilágított az egészségügy fontosságára. A bezárkózást követő gazdasági visszaesés a családi költségvetések újratervezésére kényszerítette a lakosságot, ami költségmegtakarító elemek iránti nyitottságot növelte. Ezzel párhuzamosan az orvosi béremelés és a hálapénz rendszer megszüntetése miatt az állami ellátórendszer hozzáférhetősége jelentősen lecsökkent, a magánegészségügy iránti igény és annak árai meredeken emelkedtek. A Pénztárak egy része kihasználta a lehetőséget és elérte az affinis ügyfeleket.

Elterjednek az online megoldások, mind a belépés, mind az ügyintézés (számlaleadás) területén.

Adókönyvet:

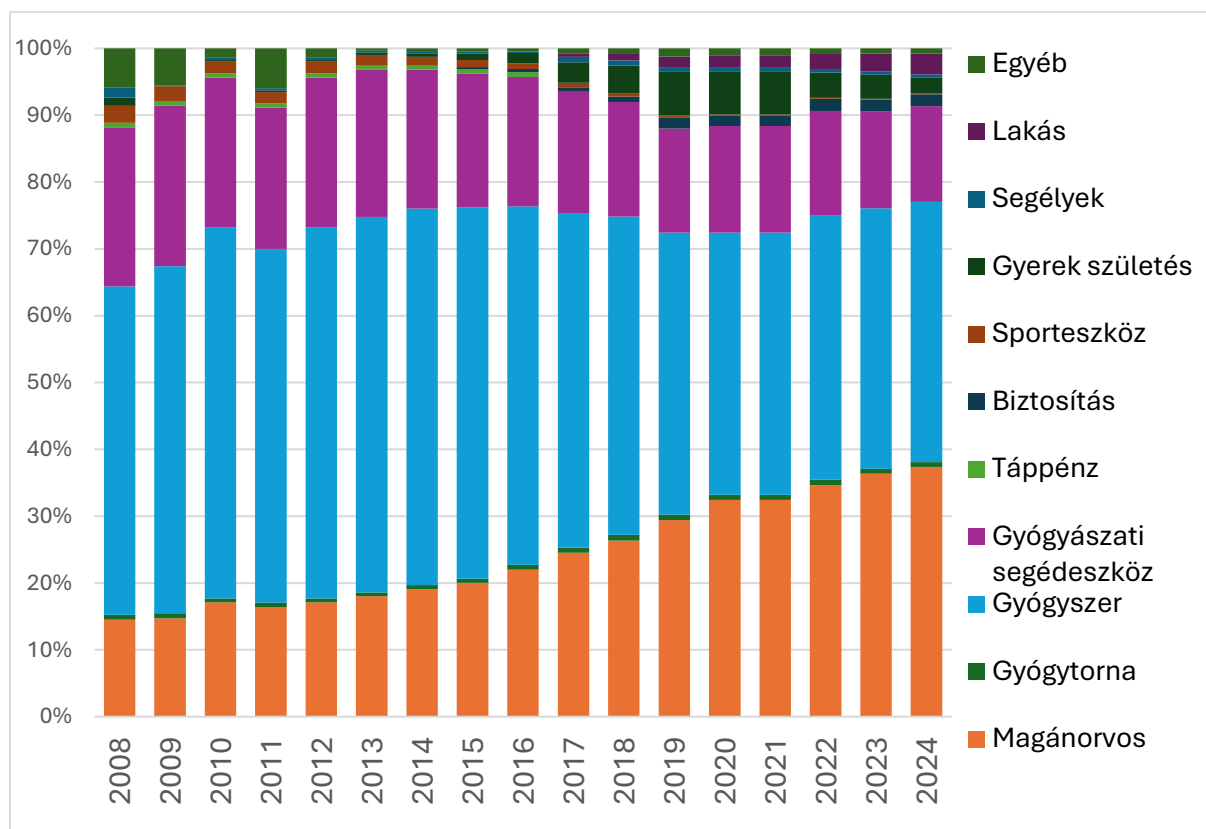
Munkáltató: A pénztári tagdíjtvállalás bérként adózik. A célzott szolgáltatás adózása kedvezőbb.

Magánszemély: Az egyéni befizetések utáni adókedvezmény 20% 150 000 Ft (750 000 Ft befizetés) összeghatárig.

Szolgáltatások:

Az opt out és egyéb egészségbiztosítások térnyerése, a gyógyszerkiadások csökkenése és magánegészségügyi igénybevétel fokozatos emelkedése. Az önsegélyező (lakáshitel, gyermekgondozás) beépül, de részesedése 5% alatt marad.

15.6. ábra Egészségpénztárak szolgáltatási kiadásainak alakulása 2008-2024 (%)



Forrás: MNB adatok alapján saját szerkesztés

Egyéb jellemzők

Taglétszám: 1 millió-> 1,2 millió

Pénztárak száma: 18-> 16

Bevétel: 58 milliárd Ft-> 104 milliárd Ft

Díjbevétel 2025-ös értéken: 87->109 milliárd Ft

Az alfejezetből jól látható, hogy az egészségpénztári befizetések adózási szabályai az elmúlt két évtizedben jelentős átalakuláson mentek keresztül. A szabályozási környezet folyamatos változása jól tükrözi a mindenkori gazdaságpolitikai célokat: időszakonként a megtakarítások ösztönzése, máskor a költségvetési bevételek növelése került előtérbe. Ennek megfelelően a

kedvezmények mértéke, a juttatások adóterhelése, valamint a felhasználható keretösszegek is többször módosultak.

A kezdeti, kifejezetten kedvező – sok esetben teljes vagy részleges adómentességet biztosító – szabályokat fokozatosan felváltották a különböző mértékű közterhekkel terhelt konstrukciók, majd végül a kedvezményes adózás lényegében megszűnt, és a juttatások a munkabérhez hasonló adózás alá kerültek. Az alábbiakban időrendben összefoglalva láthatók a legfontosabb szabályozási változások:

- 2005: adómentes a minimálbér 100%-ig.
- 2006: 400e Ft-ban maximalizálják az adómentesen adható juttatások összértékét
- 2007: adómentes minimálbér 50%-ig.
- 2009: 400e Ft korlát megszűnik
- 2010: átkerül a 25%-os adózású
- 2011: teher 19,04%-ra csökken.
- 2012: +10% EHO fizetési kötelezettség, melynek hatására a béren kívüli juttatások kedvezményes adója 30,94%-ra emelkedik, visszaállításra kerül a kedvezményesen adható juttatások keretösszege, 500eFt összegben.
- 2013: a juttatás 1,19-szerese után kell 16% SZJA-t és 14% EHO-t megfizetni, így összességében az adó 35,7%-ra emelkedik.
- 2015: A kedvezményes keretösszeg 450eFt-ra csökken.
- 2016: közteher 34,51%-ra változik, mert a kifizetőnek a juttatási érték 1,19-szerese után kell 15% SZJA-t és 14% EHO-t megfizetnie.
- 2017: egyes meghatározott juttatások közé sorolva 43,66% adó mellett (mely adómérték lebontva: juttatás értékének 1,18-szorosa után 15% SZJA-t és 22% EHO fizetést jelent).
- 2018: a teher 40,71%-ra csökken.
- 2019: a kedvezményes adózás megszűnik, a bérjövedelemhez hasonló bruttó juttatás lesz.

Az egyéni befizetésekhez kapcsolódó adójóváírás szabályainak módosulását pedig az alábbi táblázat foglalja össze, bemutatva, hogy 2000-től kezdődően hogyan alakult az adójóváírás mértéke, valamint az egyéni befizetések után maximálisan visszaigényelhető összeg.

15.1. táblázat Adójóváírás mértékének és az egyéni befizetések után maximálisan visszaigényelhető összeg változása 2000-től

Év	Adójóváírás mértéke	Maximális visszaigényelhető összeg	Megjegyzés
2000–2006	30%	100 000 Ft	Az egyéni befizetések után 30% adókedvezmény járt, maximum 100 000 Ft-ig.
2007–2010	30%	120 000 Ft	A maximális visszaigényelhető összeg 120 000 Ft-ra emelkedett.
2011–2015	20%	100 000 Ft	Az adójóváírás mértéke 20%-ra csökkent, a maximum összeg 100 000 Ft lett.
2016–2024	20%	150 000 Ft	A maximális visszaigényelhető összeg 150 000 Ft-ra nőtt.
2025	20%	150 000 Ft	A szabályozás változatlan maradt az előző évhez képest.

Forrás: Saját szerkesztés

15.5. A magyar egészségügyi rendszerben betöltött szerep

Az egészségpénztárak több, mint egy évtizede kényszerpályán mozognak. Az alapító elképzelései szerint egy többpilléres, színes egészségfinanszírozási struktúrában területi, munkáltatói vagy speciális szükséglet alapján szerveződő csoportok kockázatmegosztására és forrásteremtésére szolgáltak volna.

Az igénybevevői igény a 2000-es évek elején egy munkáltatói befizetéseken alapuló medical savings account irányba tolta a fejlődést. Ez dinamikus taglétszám és bevétel növekedést hozott. A 2010-es években a kormányzat a munkáltatói befizetéseket a nyugdíj és egészségcélból a turizmus és vendéglátás irányába tolta el. A Pénztárak modellváltásra kényszerültek.

A COVID és az azt követő életszínvonal csökkenés, valamint az állami egészségügy romló hozzáférhetősége, a magánegészségügy térnyerése újra növekedési pályára állította a szektort.

A speciális igényt kiszolgáló Pénztárak közül csak Test-Vér (vallási vagy egészségügyi okból saját vér tárolás) Pénztár működik. 2 munkáltatói pénztár (Vasutas, Vitamin) maradt talpon, akik nehezen tudnak a munkavállalókra szabott szolgáltatásokkal és ügyfélkiszolgálással versenyezni a nagy piaci szereplők – pénzügyi háttérrel rendelkezők és pénztárspecialista függetlenek - technológiai fejlesztéseivel.

A piaci koncentráció nő a két vezető szereplő (OTP és Prémium) részesedése 60 % feletti és nő.

Az egészségpénztárak 2025-ben elsősorban magasan specializált pénzügyi szervezetként működnek. Erőforrásaik zömét a banki szintre fejlesztett ügyfél akvizíciós, ügyfélkiszolgálási, fizetési, adatfeldolgozási folyamatokra fordítják.

Kisebb, de jelentős szerepet kapnak a nagy kockázatközösségre alapuló, alacsony díjú opt-out típusú egészségbiztosítások, melyet keretében mintegy fél millió ember rendelkezik leginkább diagnosztikára, nagy értékű diagnosztikára, egynapos sebészetre és kritikus betegségekre vonatkozó fedezettel.

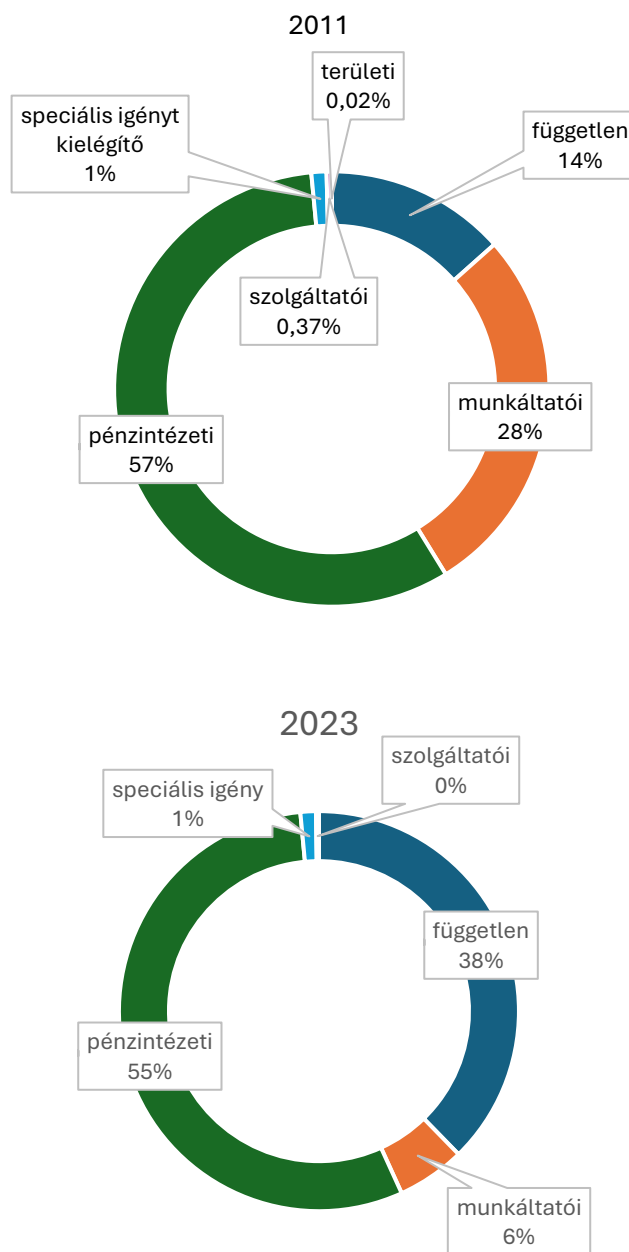
Számos pénztár kínál speciális egészség és prevenció programokat, segíti ellátásszervezéssel a tagokat.

Ugyanakkor a jogszabályi korlátozások miatt a pénztárak egészségnyereség teremtő képessége messze nem kihasznált, mert

1. a munkáltatói oldal elvesztése miatt, csak a már valamilyen egészség és pénzügyi kultúrával rendelkező embereket érik el
2. az állami egészségüggyel nem alakult ki stabil kapcsolat esetleg feladatmegosztás

3. a MSA funkcióból való kitörést, a nagy kockázatközösségek adta lehetőségek termékfejlesztésben való megjelenítését a mindenkor kormányzat és szabályozó megakadályozta

15.7. ábra Egészségpénztárak taglétszámának megoszlása pénztártípus szerint 2011 és 2023 (%)



Forrás: MNB Aranykönyv alapján saját szerkesztés

15.6. Jövőkép

A korlátos állami forrásbevonás és a magyar finanszírozás hatalmas out-of-pocket aránya mindenképpen az intézményi finanszírozás és munkáltatói forrásbevonás irányába mutat.

Minezt úgy kell megtenni, hogy a magánforrásokat csatornázó intézmények egészségnyereség termelő képességének nőjön.

15.6.1. Az egészségpénztárak és magán egészségbiztosítás egészségnyereség teremtő képességének növelése

Az elismert pénztári és biztosítási forma bevezetése

Bizonyos kritériumoknak való megfelelés (szakmai betegútszervezés, preferred life programok) megléte esetén a szolgáltatások magasabb adókedvezménnyel vehetők igénybe.

Cél és eszköz koordináció a magán és állami rendszer között

A magán intézmények általában jobban kidolgozott, nagy hatékonyságú kommunikációs csatornákkal rendelkeznek, melyek érdemben hozzájárulhatnak a jelenleg igen alacsony hatásfokkal működő kötelező szűrővizsgálati és esetleg egészséges életmód kampányok eredményességének javításában.

Az önszerveződés és piaci mechanizmusok támogatása

A magánfinanszírozott intézmények erőssége a rugalmasság, az érzékenység ügyféligényekre és a költséghatékony megoldások iránti nyitottság. Mind termék és szolgáltatás, mind területi, esetleg speciális élethelyzet alapon nagy jöhetnek létre kezdeményezések, amik hatásosan egészítik ki az állami ellátáscsomagot.

Nagy kockázat közösségek és hatékony biztosítási termékek létrejöttének támogatása

Az egészségpénztári kockázatközösségek számára biztosítási termékek vásárlásának ösztönzése és/vagy az egészségpénztárak számára nonprofit biztosítási tevékenység végzésének engedélyezése

15.6.2. A munkáltatói forrásbevonás és ezáltal az OOP kiadások csökkentése

Szóba jöhet, az egészségpénztári tagdíjtvállalás visszahelyezése az adómentesen (0% adóteher), vagy a béren kívüli juttatások (28 % adóteher) körébe.

Másik megoldás egy többes felhasználású (nyugdíj, egészség, lakhatás) hosszú távú, opt-out típusú megtakarítási forma bevezetése a jelenlegi pénztári rendszerre építve, annak átalakításával. Ide automatikusan lépnének be a munkavállalók, a forrásteremtést az egyén, a munkáltató és az állam együttesen biztosítaná. A csatlakozás automatikus, de az egyén bármikor elhagyhatja azt. A forrásokat élethelyzettől függően egészségre, lakhatásra és nyugdíjra is fordíthatná a megtakarító. Az egészségügyi rendszer szempontjából rendkívül hasznos lenne

egy, az egész munkavállalói közösségre kiterjedő egészségügyi megtakarítási forma bevezetése, ugyanakkor kérdéseket vet fel a többi megtakarítási céllal való versenyhelyzet és annak következményei.

15.7. Kontrollkérdések

- a. Hogyan sorolhatók be az egészségpénztárak a System of Health Accounts (SHA 2011) rendszerében?
- b. Milyen történeti és nemzetközi minták hatottak a magyar önkéntes egészségpénztári rendszer kialakulására?
- c. Melyek az önkéntes egészségpénztárak működésének alapelvei, és ezek közül melyek különösen fontosak a kockázati szelekció elkerülése szempontjából?
- d. Miben áll az egészségpénztárak kettős funkciója?
- e. Hogyan épül fel a pénztárak alapstruktúrája (fedezeti, működési, likviditási és szolidaritási alap)?
- f. Milyen befizetési formák léteznek az egészségpénztáraknál, és miben különböznek egymástól?
- g. Hogyan jellemezhető az egészségpénztári rendszer fejlődése az „útkeresés” időszakában (1998–2002)?
- h. Milyen tényezők járultak hozzá a rendszer gyors növekedéséhez a 2003–2011 közötti időszakban?
- i. Hogyan változott a munkáltatói szerep az egészségpénztári finanszírozásban a 2010-es évektől kezdődően?
- j. Mit jelent a „kényszerű modellváltás” az egészségpénztárak esetében?
- k. Hogyan alakult az egészségpénztári juttatások adózása 2005 és 2019 között, és milyen hatással volt ez a rendszer működésére?
- l. Milyen tényezők járultak hozzá a szektor új növekedési szakaszához 2020 után?
- m. Hogyan változott a szolgáltatási szerkezet az idő múlásával (gyógyszer → magánegészségügy)?
- n. Milyen szerepet töltenek be jelenleg az egészségpénztárak a magyar egészségügyi rendszerben?

15.8. Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / rövidítés	Definíció / magyarázat
Adóék	A munkáltatói költség és a munkavállaló által kézhez kapott jövedelem közötti különbség aránya.
Adójóváírás	Az egyéni befizetések után igénybe vehető személyi jövedelemadó-kedvezmény.
Célzott szolgáltatás	Olyan munkáltatói támogatás, amely nem egyéni számlára kerül, hanem meghatározott szolgáltatásra használható fel.
Egészségnyereség	Az egészségügyi beavatkozások és finanszírozási rendszerek által elérhető egészségi állapotjavulás.
Egészségpénztár	Önkéntes, nonprofit alapon működő pénzügyi intézmény, amely a tagok egészségügyi kiadásainak finanszírozását szolgálja.
Egyéni egészség számla	A pénztártag saját befizetéseit nyilvántartó számla, amelyről egészségügyi kiadások finanszírozhatók.
EUROSTAT	Az Európai Bizottság (EB) egyik főigazgatósága, fő célja megfelelő statisztikai információk biztosítása az EU intézményeinek, valamint a statisztikai módszerek harmonizációja a tagállamok között
Fedezeti alap	A tagok egyéni számláin nyilvántartott összegek gyűjtőalapja.
ICHA-HF	International Classification for Health Accounts financing schemes - Egészségügyi számlák nemzetközi osztályozása – finanszírozási alrendszerek
Likviditási alap	Tartalékképzést szolgáló alap a pénztár fizetőképességének biztosítására.
Medical Savings Account (MSA)	Olyan megtakarítási modell, ahol az egyén saját számlán gyűjt egészségügyi kiadások fedezésére.
MNB	Magyar Nemzeti Bank
Működési alap	A pénztár működési költségeinek (adminisztráció, IT, marketing) finanszírozására szolgáló alap.
Önkéntes kölcsönös biztosító pénztár	Olyan pénztári forma, amely közösségi elven, tagi befizetésekből és kölcsönösségi alapon működik.
Opt-out rendszer	Automatikus beléptetésen alapuló rendszer, amelyből az egyén kiléphet.
Out-of-pocket (OOP)	A háztartások közvetlen, saját zsebből fizetett egészségügyi kiadásai.
SHA	Az OECD, a WHO és az Eurostat által közösen kidolgozott System of Health Accounts
Szolidaritási alap	Közösségi szolgáltatások finanszírozására szolgáló, opcionális pénztári alap.
Tagdíjtvállalás	A munkáltató által a munkavállaló helyett vagy számára teljesített befizetés.

15.9. Ábra és táblázatjegyzék

15.1. ábra Egészségügyi számlák nemzetközi osztályozása – finanszírozási alrendszerek 2

15.2. ábra Egészségpénztárak taglétszáma, nominális díjbevétele* és díjbevétele 2025-ös** értéken 1998 és 2024 között (millió fő, milliárd Ft).....	5
15.3. ábra Egészségpénztárak szolgáltatási kiadásai 2008-2024 (%)	6
15.4. ábra Az munkáltatók által vállalt egészségpénztári tagdíjtvállalás adóterhei (adóék* és módosított adóék**) változása 2005-2024 (%).....	8
15.5. ábra: Egészségpénztárak fedezeti alapjának bevételei 2011 és 2024 között (%).....	10
15.6. ábra Egészségpénztárak szolgáltatási kiadásainak alakulása 2008-2024 (%).....	11
15.7. ábra Egészségpénztárak taglétszámának megoszlása pénztártípus szerint 2011 és 2023 (%).....	15

15.1. táblázat Adójóváírás mértékének és az egyéni befizetések után maximálisan visszaigényelhető összeg változása 2000-től 13

15.10. Hivatkozások

- Eurostat. System of Health Accounts - SHA 2011
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-05-19-103>
- MNB. Egészségpénztár <https://www.mnb.hu/fogyasztovedelem/penztarak>
- MNB. Pénztárak idősorai <https://statisztika.mnb.hu/publikacios-temak/felugyeleti-statisztikak/penztarak/penztarak-idosorai>
- Török, L. Az önkéntes pénztárak 30 éve az egészség- és nyugdíj-megtakarítás főszereplői BIZTOSÍTÁS ÉS KOCKÁZAT 11: 3-4 pp. 10-35., 26 p. (2024)

Jogszabályok:

- Az Önkéntes Kölcsönös Biztosító Pénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény
- Az önkéntes kölcsönös egészségpénztárak egészségügyi intézményeinek működési és üzemeltetési szabályairól 109/1997. (VI. 25.) Korm. rendelet
- Az önkéntes kölcsönös egészség- és önszegélyező pénztárak egyes gazdálkodási szabályairól szóló 268/1997. (XII. 22.) Korm. rendelet

16 A foglalkozás-egészségügy szabályozása és főbb változásai, kategóriák ismertetése

Szerzők: Dr. Ruzsovics Ágnes, Dr. habil. Dózsa CsabaLászló

16 A foglalkozás-egészségügy szabályozása és főbb változásai, kategóriák ismertetése	0
16.1 Bevezetés	1
16.2 Fogalmi keretek és kötelezettségek	2
16.3 Intézményi/progresszivitási szintek.....	3
16.4 Történeti és rendszerszintű változások 1990 után	4
16.5 Kockázati kategóriák (A-D) és díjszabási elvek.....	5
16.5.1 Az orvosi alkalmassági vizsgálatok volumene	5
16.5.2 Ellátottság és szolgáltatói kapacitás	7
16.5.3 Díjképzés	8
16.6 A foglalkozás-egészségügy szakmai tartalma	9
16.6.1 Alapfeladatok és munkafolyamatok	9
16.6.2 Személyi és tárgyi feltételek, kompetenciák	10
16.6.3 Finanszírozási és szerződéses működés	11
16.7 Kapcsolódás más egészségügyi alrendszerekhez	11
16.7.1 Alapellátás – háziorvosi ellátás	11
16.7.2 Járóbeteg szakellátás és diagnosztika	12
16.8 Vényírási lehetőségek; gyógyszer és gyógyászati segédeszköz.....	13
16.8.1 Munkáltatói egészségbiztosítás és egészségügyi juttatások	14
16.9 Kitekintés a munkahelyi egészségügy irányába: kitörési pontok, fejlesztési irányok ¹⁵	
16.9.1 „Prevenció+” megközelítés	15
16.9.2 Integrált munkahelyi egészség-programok.....	16
16.9.3 Munkáltatói egészség-juttatások mint kitörési pont	16
16.9.4 Működési és piaci fejlesztések	17
16.9.5 Irányítás és ellenőrzés.....	18
16.10 Összefoglaló: 34 év időszakának főbb fázisai	18
16.11 Kontrollkérdések	19
16.12 Kulcsfogalmak és rövidítések.....	19

16.13	Ábra és táblázatjegyzék	20
16.14	Hivatkozások	20

16.1 Bevezetés

A foglalkozás-orvostan a preventív medicina egyik fontos ága, feladata multidiszciplináris, szorosan a munka világához kötődik. A foglalkozás-egészségügy olyan egészségügyi szolgáltatás, amelynek működését, szervezetét, feladatait nemzetközi szerződés, törvények és egészségügyi miniszteri rendeletek szabályozzák. Tevékenységének középpontjában a munkahelyen végzett orvosi ellátás, továbbá az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkakörülmények kialakításában való közreműködés áll. Ennek során fő cél a keresőképes ember (munkavállaló) egészségének megőrzése és fejlesztése. Emellett népegészségügyi tevékenységet végez, amely a munkahelyeken valósít meg primer és szekunder preventív feladatokat, hozzájárulva ezzel a társadalom egészségi állapotának javításához.

A foglalkozás-egészségügy három egymásra épülő progresszivitási szinten működik:

- foglalkozás-egészségügyi alapellátás,
- foglalkozás-egészségügyi szakellátás,
- Nemzeti Népegészségügyi Központ Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály (NNK MFF)

A foglalkozás-egészségügy szolgáltatás (FESZ) annak a jogi-szakmai rendszernek a neve, amely biztosítja, hogy a munkavégzés egészséget nem veszélyeztető és biztonságos keretek között történjen. A rendszer középpontjában a munkavállaló egészsége és munkaképessége áll, de a megvalósítás sokszereplős: a munkáltató felelőssége és kockázatkezelése, a szolgáltatók szakmai tevékenysége, a népegészségügyi és munkavédelmi hatóságok ellenőrzése, valamint a dolgozók együttműködése egyaránt szükséges. A fogalmi-jogi alapot a Munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény (Mvt.) adja, amely deklarálja, hogy mindenkinek joga van a biztonságos és egészséges munkafeltételekhez, és e követelmények biztosításáért a munkáltató felel, mégpedig úgy, hogy a megvalósítás módját - a vonatkozó jogszabályok és szabványok keretein belül - maga határozza meg. Ez a törvényi logika ma is a magyar foglalkozás-egészségügyi rendszer sarokköve.

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás végrehajtási és intézményi kereteit kormány- és miniszteri rendeletek részletezik. Ezek közül a legfontosabb a 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet, amely a FESZ-szolgáltatás feladatait, személyi-tárgyi feltételeit, a munkáltatói szerződéskötés kötelezettségét és (ajánlás jelleggel) a díjképzés néhány tájékoztató pontját is lefekteti. A szabályozás kifejezetten tartalmazza, hogy a szolgálat alapfeladatának ellátásához – a mellékletekben meghatározott ellátotti létszámok esetén – legalább egy teljes munkaidőben rendelkezésre álló orvos és ápoló szükséges; ez az ellátás minőségbiztosításának egyik minimális garanciája. Az Mvt. és e végrehajtási rendeletek együtt teremtik meg azt a jogi környezetet, amelyben a FESZ a munkáltató kockázatértékelésére és a konkrét munkahelyi expozíciókra építve működik.

16.2 Fogalmi keretek és kötelezettségek

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás nem „opcionális extra”, hanem a szervezett munkavégzéshez kapcsolódó, a munkáltató által biztosítandó kötelező elem. A szabályozás szerteágazó, de a logika egyszerű: a munkáltatónak úgy kell megszerveznie a munkavégzést, hogy a dolgozó egészségét a lehető legkisebb kockázat érje. Ennek része a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatóval kötött szerződés, a munkahelyi elsősegélynyújtás és sürgősségi felkészültség megszervezése, valamint az expozíciók rendszeres értékelése és a szükséges megelőző intézkedések megtétele. A FESZ-re vonatkozó kormányrendelet részletezi az ellátandó feladatokat és a személyi minimumokat; ez utóbbi előírja például a főműszakban biztosítandó orvosi és ápolói jelenlétet. A törvényi és rendeleti szövegben az is visszatérő motívum, hogy a megvalósítás módja a munkáltató döntési hatáskörében marad - természetesen a jogszabályi keretek között -, vagyis a hangsúly a kockázatalapú, dokumentált és ellenőrizhető kockázatkezelésen van.

A fogalmi kerethez hozzátartozik, hogy ki és milyen feltételekkel végezhet foglalkozás-egészségügyi feladatot. Az Mvt. és a kapcsolódó rendeletek meghatározzák a szükséges szakképesítéseket (foglalkozás-orvostan/üzemorvostan, munkahigiéne, megelőző orvostan, közegészségtan-járványtan), és azt is, hogy a FESZ lehet vállalaton belüli (belső) vagy külső szolgáltatóval kötött szerződés alapján működő ellátó. A hazai gyakorlatban a külső szolgáltatói modell vált dominánssá, ami a piaci versennyel együtt rugalmasságot, ugyanakkor minőség- és kapacitás-szóródást is hozott. A „ki mit ellenőriz?” kérdésre a válasz szintén sokszereplős: a népegészségügyi szakmai irányítás és módszertani feladatok az országos központi szervnél (NNGYK) összpontosulnak, míg

a munkavédelmi jogszabályok betartását és a szerződéskötési kötelezettséget a kormányhivatalok - munkavédelmi hatósági jogkörben - ellenőrzik.

Az egyik legjelentősebb, friss változás 2024. szeptember 1-től lépett életbe. Megszűnt a „minden munkakörre kötelező” általános időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálat. A jogalkotó ehelyett expozíció- és kockázatalapú logikát vezetett be: ágazati miniszteri rendeletek sorolják fel, hogy mely területeken (például biológiai kóroki tényezőknek kitett munkák, éjszakai műszak, kézi tehermozgatás bizonyos súly felett stb.) kötelező továbbra is az időszakos alkalmassági vizsgálat; minden más esetben a munkáltató saját kockázatértékelése és belső szabályzata dönti el, hogy indokolt-e ilyen vizsgálatot elrendelni. A munkába lépést megelőző előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálat elvégzése továbbra is kötelező maradt minden munkakör esetében. A belügyi, a közlekedési-infrastruktúra, valamint az agrár-élelmiszerlánc területére kiadott 2024. szeptemberi miniszteri rendeletek a célzott kötelezettség konkrét felsorolását adják, és egyértelműsítik, hogy a 33/1998. (VI.24) NM rendelet eljárásrendje az irányadó - csak éppen már nem univerzális, hanem listás alapon. Ez a szabályozási fordulat hangsúlyosabbá teszi a kockázatértékelés minőségét és a FESZ tanácsadói, munkahigiénés szerepét.

16.3 Intézményi/progresszivitási szintek

A foglalkozás-egészségügyi ellátás klasszikusan háromszintű. Az alapot az alapellátás jelenti, ők végzik a mindennapi feladatokat a munkáltatókkal kötött szerződések alapján. Ide tartozik az előzetes, időszakos, soronkívüli és - jogszabály szerinti esetekben - záró alkalmassági vizsgálat, a munkahelyi bejárás és szemle, a munkahigiénés tanácsadás, az elsősegélynyújtás megszervezésének támogatása, valamint a fokozott expozíció és a foglalkozási megbetegedés gyanújának felismerése és bejelentése. A kapacitás- és személyi minimumokat a 89/1995. (VII.14.) Kormányrendelet rögzíti; ez határozza meg például, hogy egy orvos mekkora ellátotti létszámért felelhet az egyes kockázati osztályokban.

A második szint a szakellátó helyek. Ezek annál az esetszámnál és szakmai kompetenciánál fogva jöttek létre, amely már meghaladja az alapszolgálat rutinját: vitatott alkalmassági ügyek másodfokú véleményezése, összetett expozíciós helyzetek elemzése, illetve a foglalkozási megbetegedések kivizsgálásának koordinálása. A

szakellátó helyek hálózatát az országos központ tartja nyilván; elérhetőségük és illetékességük nyilvános, ami a betegutak és a bejelentések gyakorlati szervezését nagyban megkönnyíti. A harmadik, országos szint - történetileg az OMFI, ma az NNGYK MFF - módszertani, oktatási, kutatási és országos referencia központi feladatokat lát el, és a foglalkozási megbetegedés gyanújával beutalt páciensek komplex kivizsgálását is végzi. Ez a háromszintű logika biztosítja, hogy a helyi kockázatkezelés és a legmagasabb szintű szakmai tudás összeérjen. A szakellátóhelyek listája az NNGYK honlapján (nnk.gov.hu) található vármegyei bontásban.

16.4 Történeti és rendszerszintű változások 1990 után

A mai foglalkozás-egészségügyi rendszer előzményei a '80-as és '90-es évek fordulójára nyúlnak vissza. Ekkor működött az ún. üzemorvosi hálózat, amely nagyobb munkahelyekhez kapcsolódva, vállalati keretek között biztosította a dolgozók szűrését és munkaalkalmasságának nyomon követését.

A rendszerváltást követően a gazdasági és közigazgatási átalakulások részeként az 1995-ös „Bokros-csomag” (egy gazdasági stabilizációs csomag) reformjai gyorsították fel a modellváltást. A korábban nagyvállalatokba ágyazott, belső „üzemorvosi” modell fokozatosan külső szolgáltatói, szerződéses alapon működő piaccá alakult. A finanszírozási felelősség a munkáltatókhoz került, a szolgáltatók között megjelentek - és mára dominánssá váltak - a magán- vagy vegyes finanszírozású, több megbízót kiszolgáló praxisok. Ez rugalmasságot, területi hozzáférést és innovációt hozott, de együtt járt azzal is, hogy a minőség és az ár közötti verseny sok helyen a jogszabályi ajánlásoknál alacsonyabb díjakhoz és nagy kapacitás-terheléshez vezetett. A folyamat egyik első, szisztematikus elemzését Rurik és Cseh tette közzé (Rurik & Cseh, 2012). Áttekintésük rávilágít, miként vált a korábbi „üzemorvosi” gondolkodásból megelőzési-orientált, piacvezérelt foglalkozás-egészségügyi szolgáltatási piac.

A történeti ív jogszabályi sarokkövei közé tartozik maga az Mvt. (1993), a FESZ-t részletező 89/1995. (VII.14.) Korm. rendelet, és a 27/1995. (VII.25.) NM rendelet, a munkaköri és szakmai alkalmassági vizsgálatokról szóló 33/1998. (VI.24.) NM rendelet, valamint a foglalkozási betegségek és fokozott expozíciós esetek bejelentéséről szóló 27/1996. (VIII.28.) NM rendelet. háziiorvosi tevékenységet rendező 4/2000. EüM (II.25.) rendelet, valamint a kormányhivatali struktúrát meghatározó 288/2010. (XII.21) Kormányrendelet és későbbi módosításai. A 2024-es fordulat - az általánosan kötelező

időszakos alkalmassági vizsgálati kötelezettség megszüntetése és az ágazati listás rendszer bevezetése - ebbe a több évtizedes evolúcióba illeszkedik oly módon, hogy a fókusz egyre inkább a dokumentált kockázatértékelésre és a célzott expozíció menedzsmentre helyeződik át.

16.5 Kockázati kategóriák (A-D) és díjszabási elvek

A magyar foglalkozás-egészségügyi szolgálat egyik legfontosabb jellemzője az, hogy a munkavállalókat kockázati kategóriákba sorolja. A rendszer logikája szerint a magas fizikai és toxikológiai expozíciójú munkakörök az „A”, a közepes-magas kockázatúak a „B”, a mérsékelték a „C”, míg az irodai, alacsony fizikai megterhelésű munkakörök a „D” kategóriába kerülnek. Az ellátási intenzitást és a személyi kapacitást ehhez a besoroláshoz igazítja a jogszabály.

A 2014-2017 közötti, NNK által publikált részletes adatok jól mutatják a rendszer arányait:

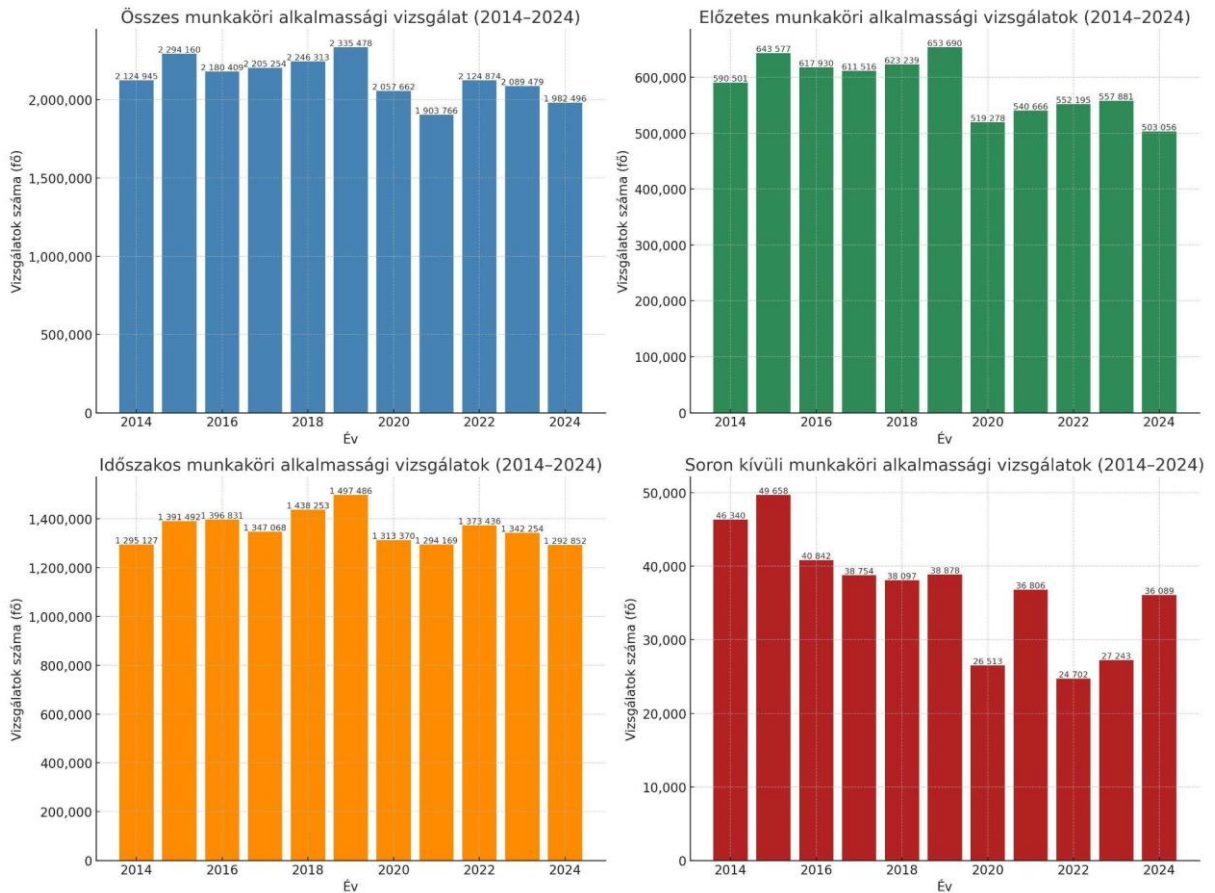
- 2014-ben az ellátott munkavállalók 4,7%-a tartozott az „A”, 24,2%-a a „B”, 50,3%-a a „C”, és 20,8%-a a „D” kategóriába.
- 2016-ban az „A” kategóriás munkakörökben dolgozók száma 120 ezer fő, a „B”-ben 544 ezer, a „C”-ben 1,14 millió, a „D”-ben 431 ezer fő volt.
- 2017-ben hasonló megoszlás mutatkozott, a legtöbb munkavállaló továbbra is a „C” kategóriába sorolódott.

Bár az elmúlt néhány évben kategóriákra lebontott adatokat nem közölt az NNK, a megoszlás több évtizede viszonylag stabil. A magyar munkavállalók döntő többsége közepes kockázati kitettséggel dolgozik, míg a legsúlyosabb, klasszikus ipari ártalmakkal járó munkakörökben mindössze 4-6% dolgozik.

16.5.1 Az orvosi alkalmassági vizsgálatok volumene

A KSH adatai alapján 2000 és 2024 között évente 1,9-2,3 millió munkaköri alkalmassági vizsgálat történt. A 2000-es évek elején még 2,0-2,2 millió között alakult az éves vizsgálatok száma, 2010 körül volt egy kisebb visszaesés (1,7-1,9 millió), majd a 2010-es évek közepén újra 2,1-2,3 millióra emelkedett. A COVID-19 járvány 2020–2021-ben érzékelhető törést hozott: az alkalmassági vizsgálatok száma 2 millió körülire esett vissza, de 2022-re ismét 2,1 millió fölé került. 2024-ben 1,98 millió vizsgálatot végeztek, ami enyhe csökkenést mutat, de továbbra is jelzi a rendszer folyamatos működését.

16.1. ábra Foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások (fő)



Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0009.html

16.1. táblázat Foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások Magyarországon 2010-2024

4.1.1.9. Foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások																
Megnevezés	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Foglalkozás-egészségügyi tevékenységet végző orvos	2 556	2 686	2 654	2 506	2 596	2 665	2 643	2 543	2 549	2 636	2 343	2 199	2 097	1 963	1 935	
Ebből:																
Kizárólag foglalkozás-egészségügyi tevékenységet végző orvos	854	951	978	892	886	982	935	871	946	938	856	775	695	712	695	
Foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakképítéssel rendelkező orvos	2 218	2 340	2 274	2 146	2 132	2 276	2 234	2 135	2 235	2 302	2 045	1 979	1 871	1 758	1 756	
A szolgálat által ellátott foglalkoztatottak, ezer	2 064	2 173	2 078	1 879	2 004	2 178	2 240	2 201	2 294	2 341	2 158	2 198	2 258	2 228	2 210	
Alkalmassági vizsgálat	1 907 417	1 971 100	1 884 590	1 902 074	2 124 945	2 294 160	2 180 409	2 205 254	2 246 313	2 335 478	2 057 662	1 903 766	2 124 874	2 089 479	1 982 496	
Ebből:																
Előzetes munkaköri alkalmassági vizsgálatok száma	521 651	573 279	515 390	545 141	590 501	643 577	617 930	611 516	623 239	653 690	519 278	540 666	552 195	557 881	503 056	
Időszakos alkalmassági vizsgálatok száma	1 157 433	1 173 926	1 150 543	1 147 887	1 295 127	1 391 492	1 396 831	1 347 068	1 438 253	1 497 486	1 313 370	1 294 169	1 373 436	1 342 254	1 292 852	
Munkahelyen végzett foglalkozás-egészségügyi vizsgálat	51 000	37 469	42 673	39 177	46 340	49 658	40 842	38 754	38 097	38 878	26 513	37 806	24 702	27 243	36 089	
Foglalkozási megbetegedés miatt gondozott	1 412	2 136	812	822	442	344	781	593	335	230	1 087	...	...	...	...	
Rehabilitált gondozott beteg	30 925	30 677	32 429	31 620	30 410	27 977	25 572	24 031	22 528	20 674	16 059	12 970	16 333	12 029	12 369	
Sürgősségi ellátás	79 847	58 961	56 122	47 403	52 900	47 081	48 680	51 457	47 636	37 989	24 183	24 148	27 320	30 405	21 385	
Munkakörhöz kapcsolódó védőoltásra kötelezett	104 492	107 969	92 212	92 870	100 488	96 468	109 333	109 803	107 226	116 918	97 157	168 554	150 411	131 838	138 597	

Forrás: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyászati Központ.

Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0009.html

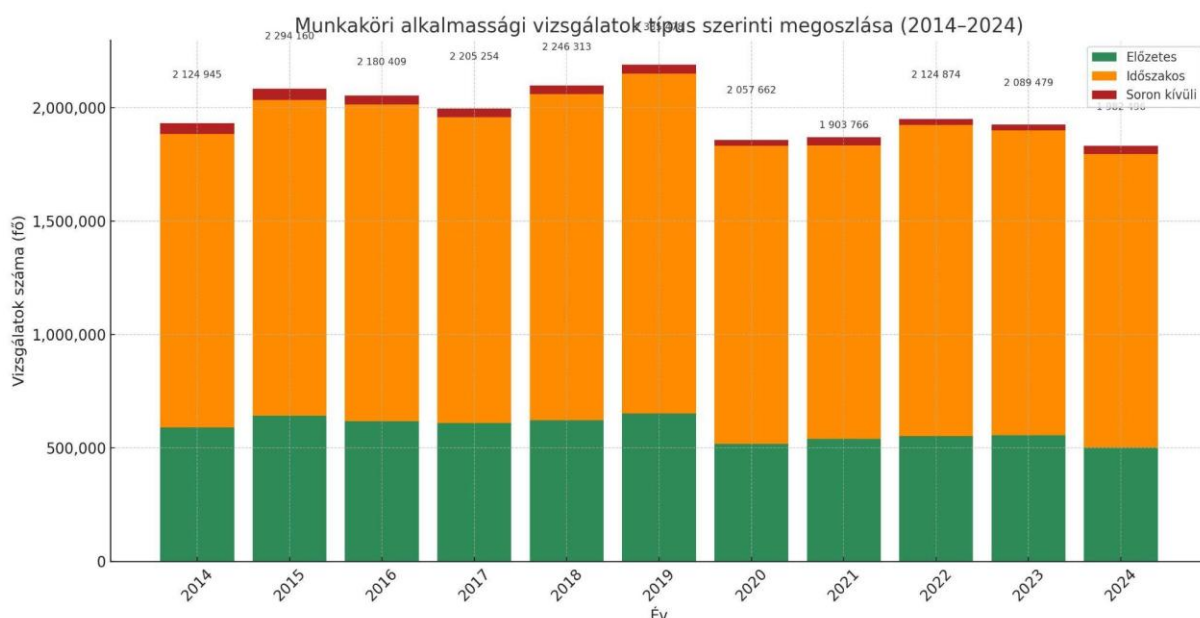
Vizsgálat-típusok aránya

A vizsgálatok megoszlása évtizedek óta hasonló:

- időszakos vizsgálatok adják a legnagyobb arányt (60–65%, vagyis évi 1,1–1,4 millió fő),
- előzetes vizsgálatok 0,5–0,7 millió főt érintenek,
- soron kívüli vizsgálatok 0,1–0,2 millió főt tesznek ki.

Az NNK beszámolója szerint a „nem alkalmas” minősítések száma 2022-ben 20 ezer körül alakult (ebből 9,5 ezer időszakos vizsgálat során született).

16.2. ábra Munkaköri alkalmassági vizsgálatok típus szerinti megoszlása 2014–2024 (fő)



Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0009.html

16.5.2 Ellátottság és szolgáltatói kapacitás

A foglalkozás-egészségügyi orvosok száma 2000-ben még meghaladta a 3 400 főt, de 2010-re 2 500 alá csökkent, és 2024-ben már csak 1 935 orvos dolgozott a rendszerben. Közülük a főállásúak aránya fokozatosan csökkent (2000-ben több mint 1 200, 2024-ben már csak ~700 fő).

Az ellátott munkavállalók száma is hullámzott: 2000-ben 2,55 millió fő, 2007-ben 3,5 millió fő, majd 2020-ban 2,16 millió fő. A lefedettség a szervezett munkavégzésben részt vevők körében jellemzően 70–80% között mozgott, de ágazati különbségek jelentősek: a mezőgazdaságban és építőiparban 80% fölötti, míg a humán-egészségügyben 50–60%.

16.5.3 Díjképzés

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatások díjképzését jogszabályi ajánlások határozzák meg, de kötelező minimumdíj nincs. A 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet mellékletei ugyan irányszámokat tartalmaznak az ellátotti létszámhoz rendelt orvosi kapacításra, de a díjmegállapítás alapvetően a piac szabadságára van bízva.

A 2010 körüli felmérések (Rurik & Cseh, 2012.) szerint:

- Az éves vállalási díjak az „A” kockázati kategóriában 8,5–18 ezer Ft/fő/év,
- a „D” kategóriában 3–9 ezer Ft/fő/év körül alakultak.
A válaszadó szolgáltatók több mint fele a szakmai ajánlásoknál alacsonyabb díjat vállalt, ami arra utal, hogy az árverseny sokszor a minőség rovására ment.

A 2020-as évek tapasztalata, hogy a szolgáltatói piac differenciálódott. A nagyobb, országos szolgáltatók csomagajánlatokat kínálnak (pl. munkahelyi szűrések, oltások, e-dokumentáció), míg a kisebb szolgáltatók alacsonyabb díjakkal próbálnak versenyezni. A szakirodalom és a NNK beszámolók egyaránt kiemelik, hogy a munkáltatói oldal gyakran az ár alapján választ szolgáltatót, ami a szakmai minimumok veszélyeztetését hordozza.

Összegzés a díjszabásról:

- A díjszabás piacvezérelt erős árnyomással.
- A magas kockázati kategóriák ellátása költségesebb, de ezek díja gyakran nem fedezi a valós ráfordítást.
- A szolgáltatási szerződésekben ezért különösen fontos a tartalmi minimum (vizsgálatok időtartama, elérhetőségi idők, dokumentálás) rögzítése, nem csupán az ár.

16.6 A foglalkozás-egészségügy szakmai tartalma

A foglalkozás-egészségügyi munka lényegében a megelőzés három szintjének egysége: primer, szekunder és terciér prevenció. Primer szinten a cél a kockázatok megelőzése, a munkahelyi expozíciók azonosítása, a műszaki-szervezési és egyéni védelmi intézkedések javaslata, a munkakörnyezet és munkaszervezés egészségi hatásainak csökkentése. Szekunder szinten a korai felismerés és a munkavégzéshez szükséges egészségi alkalmasság ellenőrzése kerül előtérbe - ma már kifejezetten azon expozícióknál, amelyeket az ágazati listák kötelező vizsgálatra kijelölnek, vagy amelyeket a munkáltató a kockázatértékelés alapján indokoltnak tart. Terciér szinten a foglalkozási megbetegedések és fokozott expozíciók bejelentése, kivizsgálása, a rehabilitáció és a „return-to-work” (munkába való visszatérés) támogatása áll. E három szint intézményes gyakorlata teszi a FESZ-t egyszerre jogszabály-kompatibilissé és szakmailag korrekté.

A rendszer volumenét jól érzékelteti, hogy a 2010-es bázisévben mintegy 1,76 millió alkalmassági jellegű vizsgálatot végeztek, és csaknem ötvenezer esetben történt másodfokú (szakellátói) véleményezés. Ezek a számok azóta a szabályozás átalakítása miatt nem vehetők össze közvetlenül, de megmutatják, hogy a foglalkozás-egészségügy a magyar egészségügyi rendszernek jelentős, nagy áteresztőképességű alrendszere. A szellemi és képernyő előtti munkát végzők magas aránya - 2010-ben 830 ezer főt meghaladón - azt is jelzi, hogy a klasszikus ipari kockázatok mellett az ergonómia, a látásterhelés, a mozgásszegény életmód és a pszichoszociális kockázatok prevenciója egyre fontosabb.

16.6.1 Alapfeladatok és munkafolyamatok

Az alapfeladatok közül hagyományosan az alkalmassági vizsgálatok a legismertebbek. Történetileg ezek voltak azok az „érintkezési pontok”, ahol a munkavállaló és a FESZ találkozott. A 2024-es reformmal azonban a hangsúly eltolódott, az előzetes, időszakos és soron kívüli vizsgálatok nem veszítették el jelentőségüket, csupán a kötelezettségük vált célzottabbá. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy ott kell és ott érdemes vizsgálni, ahol tényleges expozíció áll fenn - például biológiai, kémiai, fizikai, ergonómiai vagy pszichoszociális kockázatok esetén -, és ahol a munkaképesség orvosi megítélése a baleset- és egészségvédelem szempontjából releváns. Az eljárásrend változatlanul a 33/1998. (VI.24.) NM rendelet szerinti, de az időszakos alkalmassági vizsgálati

kötelezettség szükségességét ma az ágazati listák és/vagy a munkáltatói szabályzatok jelölik ki.

A munkahigiénés tevékenységek - üzemi szemlék, kockázatértékelés támogatása, egyéni védőeszköz-használat és munkaszervezés - adják a FESZ szakmai gerincét. Ezek nélkül az alkalmassági vizsgálat önmagában „papírhozam” lenne csupán. A kockázatkezelés rendszeres, adatalapú rendszere (felmérés → intézkedés → ellenőrzés → visszacsatolás) az, ami ténylegesen csökkenti a megbetegedések és balesetek esélyét. A foglalkozási megbetegedések és fokozott expozíciók bejelentésének és kivizsgálásának rendjét külön miniszteri rendelet szabályozza; a FESZ szerepe itt kettős: egyrészt „kapuőr” (a gyanú felismerése, a bejelentés kezdeményezése), másrészt „navigátor” (a kivizsgálási út és a rehabilitációs javaslatok koordinálása).

16.6.2 Személyi és tárgyi feltételek, kompetenciák

A személyi-tárgyi minimumok nem adminisztratív akadályok, hanem a minőségbiztosítás eszközei. A FESZ-rendelet előírja, hogy a szolgáltató az ellátotti létszámhoz és kockázati osztályhoz igazodva biztosítson orvosi és ápolói jelenlétet. Ez a mindennapokban azt jelenti, hogy a magas kockázatú A-osztályban kisebb ellátotti létszámra jut egy teljes munkaidős orvos, mint a D-osztályban. A hazai gyakorlatban elterjedtek a „portfólió-praxisok”, amelyek keretében sok foglalkozás-egészségügyi orvos párhuzamosan háziorvosi vagy más szakellátói feladatot is végez. Ez egyrészt előny (szélesebb klinikai tapasztalatot hoz), másrészt kihívás (idő- és kapacitásmenedzsment); a 2010 körüli felmérések szerint a szolgáltatók jelentős része végzett vegyes tevékenységet.

A kompetenciák körében a döntéshozatal kulcsa a kockázat- és munkaképesség-alapú megközelítés. A foglalkozás-egészségügyi orvos nem „mini-házi orvos”, hanem kifejezetten a munkavégzéshez kötődő egészségi alkalmasság és prevenció szakértője. Ennek megfelelően értékeli az expozíciós tényezőket (zaj, rezgés, hőterhelés, képernyő-munka, kézi anyagmozgatás, pszichoszociális terhelések stb.), a munkahelyi megterheléseket, valamint a munkavállaló teherbíró képességét és ezek függvényében tesz javaslatot műszaki-szervezési megoldásokra, egyéni védőeszközökre, kontroll vizsgálatokra vagy - szükség esetén - a munkaköri terhelés csökkentésére, módosítására. A szemlélet „occupational fit for work” jellegű, a cél nem a betegségek általános gyógyítása (ez nem a foglalkozás-egészségügy feladata), hanem az, hogy a munkavégzés körülményei és a munkavállaló egészsége hosszú távon összeegyeztethetők legyenek.

16.6.3 Finanszírozási és szerződéses működés

A foglalkozás-egészségügyi alapellátást a munkáltató finanszírozza, nem az Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban: E. Alap). Ettől még a FESZ része az egészségügyi rendszernek, csak éppen szerződéses, piaci logikában működik. A 89/1995. (VII.14.) Korm. rendelet ugyan megad néhány irányadó elemet (például az ellátotti létszámhoz kötött személyi minimumokat), de a tényleges szolgáltatási portfóliót és árazást a felek alakítják ki. A korábbi felmérések szerint az árszórás jelentős volt, és sok szolgáltató a jogszabályi ajánlásoknál alacsonyabb díjon vállalta a feladatot. Ebből az következik, hogy a minőség és az átláthatóság szerződéses rögzítése - SLA (service level agreement, szolgáltatási szint megállapodás) jellegű határidők, hozzáférési idők, minőség indikátorok - a megbízói oldal érdeke is.

Az ellenőrzés két irányból érkezik, egyrészt a kormányhivatalok munkavédelmi hatósági jogkörben vizsgálják a szerződéskötési kötelezettség teljesítését, az osztályba sorolás megalapozottságát és a minimum feltételek meglétét; másrészt a népegészségügyi központ módszertani-szakmai szempontból felügyel, nyilvántartást vezet és nyilvános listát tart a szakellátó helyekről. Ez a kettősség - ha jól működik - a rendszer stabilitását és szakmai színvonalát támogatja.

16.7 Kapcsolódás más egészségügyi alrendszerekhez

A foglalkozás-egészségügy önálló jogi-finanszírozási logika szerint működik, mégsem elszigetelt az egészségügyi rendszeren belül. A mindennapi munka számos ponton kapcsolódik az alapellátáshoz, a járóbeteg-szakellátáshoz és a diagnosztikai kapacitásokhoz. A kulcs a szerepek világos elhatárolása és az adat-, illetve betegút-koordináció. A FESZ-ben keletkező információ (kockázat térkép, expozíciós adatok, alkalmassági megállapítás) értékes a háziorvos és a szakorvosi ellátás számára is; ugyanakkor a kuratív kezelés, a krónikus betegségek menedzsmentje és a vényírás alapvetően nem a FESZ központi feladata.

16.7.1 Alapellátás – háziorvosi ellátás

A háziorvosi rendszer a személyes és folyamatos orvosi ellátás első vonala, jogszabályi keretét a 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet adja. A háziorvos diagnosztizál, kezel, gondoz, receptet ír, beutal, és területi ellátási kötelezettséggel dolgozik. Ezzel szemben a FESZ a munkavégzéshez kötődő egészségi feltételeket ellenőrzi és a munkahelyi expozíciókhoz kapcsolódó prevenciót szervezi; finanszírozása munkáltatói.

Történetileg volt átfedés (különösen nagyvállalati üzemorvosi rendelőkben), ezért maradhatott fenn az a „kulturális elvárás”, hogy a FESZ-orvos receptet ír és „háziiorvosi” szolgáltatást nyújt. A modern munkamegosztás azonban elhatárolja a kettőt, a FESZ a munkaképesség és expozíció-menedzsment, a háziiorvos pedig a betegellátás „gazdája”, akivel a FESZ szakmai információt cserél és együttműködik.

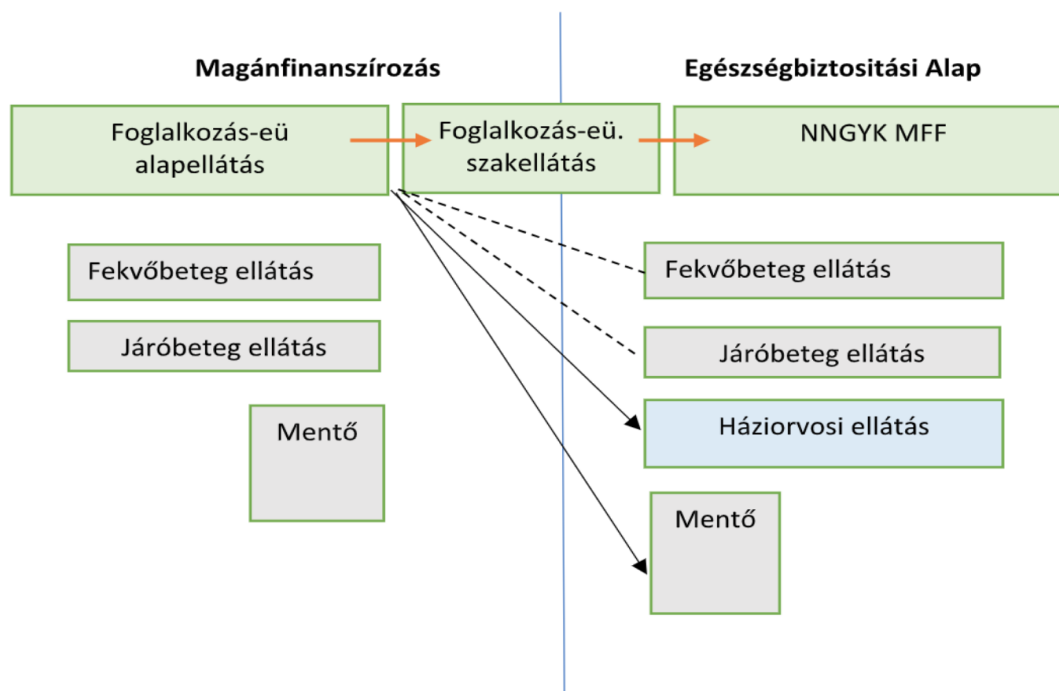
Az együttműködés akkor hatékony, ha szabályozott adatáramlás és visszacsatolás történik. Tipikus példa az alkalmassági vélemény, amelyben a FESZ - a munkáltatóval egyeztetve - ideiglenes munkakör-módosítást, védőeszköz-használatot vagy munkaidő-átütemezést javasol, amit a háziiorvos a beteg egészségi állapotával összhangban támogat. Így lesz a jogszabályi megfelelésből „élő” kockázatkezelés, amely a dolgozó és a munkáltató érdekeit is szolgálja.

16.7.2 Járóbeteg szakellátás és diagnosztika

A szakellátáshoz való kapcsolat három fő csatornán történik. Egyrészt a FESZ kérhet szakvizsgálatot, amennyiben a munkaalkalmasság megítéléséhez szükségesnek tartja. A beutalási lehetőségek igen szűkek, csak a munkavégzéssel kapcsolatba hozható szakorvosi vizsgálatokra van beutalási jogosultsága (pl. szemészet, bőrgyógyászat, ortopédia, kardiológia). Másrészt a másodfokú alkalmassági vizsgálat, amikor egy elsőfokú döntést vitat a munkáltató vagy a munkavállaló; ezt a magasabb tapasztalati és kompetencia-szinttel bíráló szakellátó hely végzi. Harmadrészt a foglalkozási megbetegedés gyanújának kivizsgálása, amely rendszerint több szakma (klinikai, higiénés, toxikológiai) együttműködését igényli. A 27/1995. (VII.25.) NM rendelet alapján a FESZ orvosa igénybe veheti az Egészségbiztosítási Alap terhére a mentőszolgálatot, járóbeteg szakellátásra (szűk körben) vagy háziiorvoshoz utalhatja a társadalombiztosítási jogviszonnyal rendelkező munkavállalót, kórházi ellátásra - sürgősséggel vagy előzetes helybiztosítás után - OMFI fekvőbeteg osztályára utalhat olyan munkavállalót, akinél foglalkozási vagy foglalkozással összefüggő megbetegedés, illetve annak gyanúja áll fenn.

A bejelentés és kivizsgálás eljárási rendjét külön NM rendelet szabályozza, a módszertani felügyelet pedig országos szinten összpontosul (NNGYK MFF). A napi gyakorlatban ez úgy néz ki, hogy a FESZ észleli a problémát, jelzi a gyanút, elindítja a kivizsgálást, és a munkáltatóval együttműködve gondoskodik az expozíció csökkentéséről és a munkavállaló munkába való visszatérésének orvos-szakmai támogatásáról.

16.3. ábra A magánellátás és a közellátás szerepe és kapcsolata a foglalkozás egészségügy területén



Forrás: Szerzők

16.8 Vényírási lehetőségek; gyógyszer és gyógyászati segédeszköz

Jogilag minden orvosnak van vényírási jogosultsága, de a foglalkozás-egészségügy kuratív szerepe korlátozott. A történeti örökség miatt a receptírás, mint elvárás sok helyen megmaradt, különösen ott, ahol a FESZ-orvos háziorvosi praxist is visz. A modern modell - az ágazati, finanszírozási és minőségügyi logikával összhangban - tisztábban elhatárolja, hogy a FESZ a munkavégzéshez kötődő orvosi döntésekre, prevenciós tanácsadásra és expozíció-menedzsmentre koncentrál, míg a krónikus betegségek gyógyszerelése, gondozása, a gyógyászati segédeszközök rendelése az alap- és szakellátás kompetenciája. Ez természetesen nem zárja ki, hogy a FESZ akut, a munkavégzést befolyásoló helyzetben receptet írjon; de a rendszer logikája szerint ez kivétel, nem főszabály.

A betegút-koordináció a kulcs. Amikor a FESZ munkahigiénés szemle során olyan problémát azonosít (például romló látás, tartós mozgásszervi panasz, pszichoszociális megterhelés jelei), amely kuratív ellátást igényel, a megfelelő csatornára (háziorvos,

szakorvos, rehabilitáció) tereli a munkavállalót, és javaslatot tesz a munkaköri terhelés átmeneti módosítására. Így válik a vényírás „eseményé”, nem pedig az ellátás fő céljává.

16.8.1 Munkáltatói egészségbiztosítás és egészségügyi juttatások

A munkáltatói egészség juttatások - csoportos magán-egészségbiztosítás, vállalati egészségszolgáltatás-csomag, önkéntes egészségpénztári hozzájárulás - a FESZ mellé építhetők be úgy, hogy ne helyettesítsék, hanem kiegészítsék a jogszabályi minimumot. A FESZ a munkavédelmi kötelezettség teljesítésének eszköze; a juttatások HR-vezéreltek, adó- és járulék-szabályokkal keretelve. Az önkéntes egészségpénztári befizetések után változatlanul 20% személyi jövedelemadó-jóváírás vehető igénybe, legfeljebb évi 150 000 forintig; a visszatérítés a bevallás alapján közvetlenül a pénztári számlára érkezik. Ez stabil, jól közölt szabály, amelyet a pénztárak és a NAV tájékoztatói egyaránt megerősítenek.

Az „egyes meghatározott juttatások” adóterhe és adóalap-számítása (a gyakorlatban sokáig alkalmazott 1,18-szoros szorzó) folyamatos szakmai figyelmet igényel, mert a részletszabályok időről időre módosulnak. A mindenkor érvényes adójogi helyzetet a NAV aktuális információs füzetek és az 1995. évi CXVII. törvény (Szja tv.) határozzák meg; javasolt minden vállalati juttatási program kialakítását naprakész adótanácsadói kontrollhoz kötni.

Az egészségpénztárak magyarországi fejlődését vizsgáló adatok szerint a munkáltatói hozzájárulások súlya az idők során jelentősen változott. 2011-ben a befizetések közel 80%-a munkáltatói forrásból származott, míg 2022-re ez az arány 15% alá csökkent, a rendszer így sokkal inkább az egyéni befizetésekre támaszkodik. A munkáltatói juttatások adóterhelése is jelentősen módosult: 2005 és 2009 között teljesen adómentesek voltak, majd 2010-től kezdve fokozatosan nőtt a közteher, 2019-re pedig megszűnt a kedvezmény, és az egészségpénztári befizetések bérként adóztak.

A magánszemélyek szempontjából a befizetésekhez kapcsolódó adójóváírás mértéke 2000 és 2006 között 30% volt (maximum 100 000 Ft), majd 2007-től 2010-ig 120 000 Ft-ig volt igénybe vehető. 2011-től 20%-ra csökkent a kedvezmény, 100 000 Ft-ig, 2016-tól pedig 150 000 Ft lett a plafon, amely 2025-ben is változatlanul érvényes. A gyakorlati megvalósításban az a célravezető, ha a juttatási csomag nem „általános egészségügyi kuponként” működik, hanem a FESZ által feltárt kockázatokra célzott, bizonyíték-alapú

szolgáltatásokat (pl. gyors diagnosztika, célzott szűrések, másodvélemény, rehabilitáció) finanszíroz - mérhető vállalati eredményességi mutatókhoz kötve.

16.9 Kitekintés a munkahelyi egészségügy irányába: kitörési pontok, fejlesztési irányok

A 2024-es szabályozási változás lényegében oly módon formálja a rendszert, hogy a formális megfelelés helyett a tényleges kockázatkezelésre és prevencióra helyezi a hangsúlyt. Ez jó lehetőség arra, hogy a FESZ-szolgáltató szakmai súlya növekedjen, hiszen a kockázatértékelés minősége, az adatokból levezetett intézkedések és a visszacsatolás válnak a siker mércéjévé. A munkáltatók oldalán a FESZ-szerződés tartalmi és minőségi kikötései (SLA-k, indikátorok) a költség és érték kapcsolatát tisztázzák. A dolgozók szempontjából a célzott prevenció gyorsabb, érthetőbb és kézzelfoghatóbb - nagyobb eséllyel hoz valódi egészségnyereséget.

16.9.1 „Prevenció+” megközelítés

A „Prevenció+” azt jelenti, hogy a jogszabályi minimumnál ambiciózusabb szervezeti gyakorlatot alakítunk ki. Ez a gyakorlat a primer megelőzésben mérhető (kockázatos munkafolyamatok áttervezése, ergonómia, egyéni védőeszközök korrekt kiválasztása és használatuk ösztönzése), a szekunder megelőzésben biztonságosabb (célzott szűrések ott, ahol tényleges a kockázat), a terciér megelőzésben pedig hatékonyabb (rehabilitációs útvonalak, „return-to-work” protokollok). Nemzetközi és hazai tapasztalat, hogy a jól célzott prevenció társadalmi-gazdasági hozadéka jelentősen meghaladja a közvetlen költségeket; a döntő kérdés a célzás és a végrehajtás minősége. A 2024-es ágazati listák és a munkáltatói kockázatértékelés együttese pontosan ebbe az irányba mutat.

A „Prevenció+” egyik kézzelfogható példája a pszichoszociális kockázatok kezelése. A 33/1998. (VI.24.) NM rendelet mellékleteiben régóta szerepel a pszichoszociális terhelés, mint kóroki tényező; a modern, hibrid-digitális munkaszervezésben ez különös nyomatékot kap. Célzott felmérések, vezetői tréningek, munkaszervezési változtatások (például terhelési csúcsok kisimítása, elérhetőségi szabályok), valamint hozzáférhető pszichológiai támogatás együtt képesek a stressz, a kiégés és a fluktuáció csökkentésére.

Jó gyakorlat - pszichoszociális kockázatok kezelése

Egy **szervezet** rendszeresen felméri a dolgozói stresszforrásokat, majd az eredmények alapján alakítja a munkaszervezést (pl. elérhetőségi szabályok, meeting-rend

átalakítása). A változtatások mellé vezetői tréningeket és pszichológiai tanácsadást is biztosít. Az intézkedések hatására csökkent a fluktuáció és a kiégés.

16.9.2 Integrált munkahelyi egészség-programok

Az integráció kulcsszavai: FESZ, munkahigiéné, munkahelyi egészségfejlesztés (WHP). A program akkor működik, ha a FESZ-ben keletkező kockázati térképre ráépül egy szolgáltatásportfólió: célzott szűrések (pl. zajexpozíciónál audiometria, képernyős munkaköröknél szemészeti vizsgálat), életmód-intervenciók (táplálkozás, mozgás), mentális egészség (Employee Assistance Program, Munkavállalói Támogató Program-jellegű tanácsadás, pszichológiai támogatás), ergonómia (állítható munkaállomás, emelési-forgatási tréning, digitális ergonómia). A siker kulcsa az adat: a kockázati adatok és expozíciós térképek; a hiányzás, jelenléti arányok, baleseti mutatók, fluktuáció és „time-to-return-to-work” (munkába való visszatérési idő) alakulása. A FESZ így nem csak „költséghely”, hanem a vállalati kockázatkezelés természetes része.

Ezek a programok azért is illeszkednek jól a 2024-es szabályozási logikába, mert ott céloznak, ahol tényleges a kockázat. A „mindenkinek mindent” helyett „a megfelelő dolgozónak a megfelelő időben a megfelelő szolgáltatást” nyújtják, és ehhez a FESZ - a munkáltatóval közösen - adatalapú döntéstámogatást biztosít.

Jó gyakorlat - zajexpozíció és egészségfejlesztés integrációja

A zajnak kitett dolgozóknál rendszeres audiometriai szűrést végeznek, és az eredményeket a munkahigiénés mérésekkel vetik össze. A kockázati adatokra építve műszaki beavatkozások és célzott hallásvédelmi programok valósulnak meg, így az integrált megközelítés hosszú távon csökkenti a halláskárosodás előfordulását.

16.9.3 Munkáltatói egészség-juttatások mint kitörési pont

A munkáltatói juttatások akkor teremtenek többletértéket, ha a FESZ-szel csomagban működnek, nem pedig tőle független „kvázi-magánellátási kuponként”. A magasabb kockázatú (A-B) munkakörökben a gyors diagnosztika, célzott szűrések és foglalkozás-rehabilitációs csatornák - szerződött szolgáltatókkal, garantált időkapukkal - adják a logikus fókuszot; az alacsonyabb kockázatú (C-D) munkakörökben a mentális jóléti programok, a képernyős munkavégzés szemészeti és mozgásszervi kockázatainak kezelése hozhat mérhető eredményt. Az eredményességet nem elég „érezni”, mérni kell. A hiányzás, a jelenléti arányok, a baleseti arány, a fluktuáció és a „return-to-work” idő

mind olyan KPI (Key Performance Indicator, fő teljesítménymutató), amelyről a FESZ és a HR közösen, negyedéves ritmusban tud jelenteni.

Adózási-jogi oldalról a juttatási mix évente változó keretrendszerben mozog; ezért a programtervezéshez a NAV aktuális tájékoztatói és a Szja-szabályok a mérvadók. A stabil elem az önkéntes pénztári befizetések 20%-os jóváírása, amely legfeljebb évi 150 ezer forint, és amely közvetlenül a pénztári számlára érkezik - megfelelő bevallási nyilatkozat esetén. A többi juttatás adóalap- és szocho-kezelése kategóriánként eltérő; a vállalati szabályzatban érdemes egyértelmű felelősséget és ellenőrzési pontokat rögzíteni.

Jó gyakorlat - jóléti program alacsony kockázatú munkakörben

Az irodai dolgozók számára szemészeti vizsgálatot, ergonomikus eszközöket és munkahelyi mozgásprogramokat biztosítanak. A FESZ- és HR-adatok alapján mérhetően csökken a táppénzes napok száma, és nő a munkavállalói elégedettség. A juttatások így nemcsak HR-eszközök, hanem a prevenció részei is.

16.9.4 Működési és piaci fejlesztések

A FESZ-piac egészsége azon múlik, hogy a szolgáltatók világos, érthető, kockázatalapú portfóliót kínálnak-e, és hogy a megbízók mennyire tudatosan kérnek számon minőségi és hozzáférési mutatókat. Mivel a 89/1995. (VII.14.) Korm. rendelet díjmelléklete csak ajánlás, a „minőség ára” a szerződésekben dől el. A kockázat alapú csomagok (A-D munkaköri osztályokhoz igazított tartalom), a vállalt határidők (pl. soron kívüli vizsgálat X napon belül), az orvosi rendelkezésre állás és a munka-higiénés szemlék gyakorisága mind szerződésbe illő, számonkérhető tételek. Az adatvezérelt működés - esemény- és expozíció-monitoring, célzott auditok, negyedéves vezetői riport - nem extra, hanem a modern szolgáltatásminőség feltétele.

A szolgáltatói oldalon a szakmai utánpótlás és a kompetencia-fejlesztés is „piaci kérdés”. Az országos központ rendszeresen szervez kötelező oktatásokat és továbbképzéseket az orvosok, ápolók, munkahigiénés és munkavédelmi szakemberek számára; a minőség és az egységes gyakorlat szempontjából ezek jelentősége vitathatatlan. A megbízói oldal érdeke, hogy olyan szolgáltatót válasszon, amely proaktívan él ezekkel a lehetőségekkel, és szervezeti szinten beépíti a tanultakat az ellátásba.

16.9.5 Irányítás és ellenőrzés

A magyar modell kettős tengelyen áll: a kormányhivatalok munkavédelmi hatósági ellenőrzése és az országos népegészségügyi-módszertani irányítás együtt adja a keretet. A kormányhivatali rendszer jogállását és feladatkörét kormányrendeletek szabályozzák; ezek rögzítik az egészségügyi államigazgatási és népegészségügyi feladatok területi megosztását is. Országos szinten az NNGYK - központi hivatalként - lát el módszertani, felügyeleti és országos szakellátó szerepet, beleértve a szakellátó helyek nyilvántartását és szakmai támogatását. A jövő szempontjából az egyértelmű felelősségi mátrix, a standardizált ellenőrzési módszertan és az egységes visszacsatolás a kulcs.

16.10 Összefoglaló: 34 év időszakának főbb fázisai

A FESZ célja a kockázatalapú, dokumentált és ellenőrizhető egészség- és munkavédelmi működés biztosítása a munkahelyen.

A rendszer háromszintű: alapellátás → szakellátó hely → országos módszertani/referencia szint; ez garantálja, hogy a helyi kockázatkezelés találkozzon a legmagasabb szintű szakmai tudással.

A munkáltató felelőssége a megvalósítás módja – a jogi kereteken belül –, ezért szerződésben, SLA-kban (hozzáférés, átfutási idők, szakmai minimumok) érdemes rögzíteni az elvárásokat.

A 2024. szeptember 1. utáni rendszerfordulat lényege: az általános időszakos kötelezettség helyett expozíció- és kockázatalapú, ágazati listás kötelezés; az előzetes alkalmassági vizsgálat minden munkakörben kötelező maradt.

A vizsgálati volumen 2014–2024 között tartósan 1,9–2,3 millió/év, a legnagyobb hányadot az időszakos vizsgálatok adják – ez a kapacitás- és erőforrás-tervezés fő meghatározója.

A szakellátó helyek kulcsszerepe: vitatott alkalmasság másodfoka, komplex/kumulatív expozíciók elemzése, foglalkozási megbetegedés gyanújának kivizsgálása – egységes, auditálható dokumentációval.

A munkahigiéné nem „kiegészítő szolgáltatás”, hanem a FESZ gerince (felmérés → intézkedés → ellenőrzés → visszacsatolás), amely ténylegesen csökkenti a kockázatot.

A díjszabás piacvezérelt, ezért különösen fontos a minőség, a hozzáférési idők és a tartalmi minimum szerződéses rögzítése.

A FESZ akkor értékteremtő, ha integrálódik a vállalati kockázatkezelésbe (WHP/Prevenció+, RTW, mentális egészség, ergonómia) és mérhető (KPI-k).

Az országos módszertan, hálózati nyilvántartás és képzés a gyakorlati egységességet támogatja; a jövő kulcsa az adatalapú, célzott prevenció.

16.11 Kontrollkérdések

- Mi a három szintje a foglalkozás-egészségügyi ellátásnak Magyarországon? Hogyan kapcsolódnak össze, és miért fontos ez a gyakorlatban?
- Melyik törvény és rendelet adja a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás (FESZ) jogi alapját, és mit deklarál a munkavállalók jogairól?
- Mi a foglalkozás-egészségügy elsődleges célja a munkavállalók szempontjából, és hogyan járul hozzá a népegészségüghöz?
- Milyen szempontok szerint sorolják a munkavállalókat kockázati kategóriákba, és milyen arányban oszlanak meg a kategóriák a 2014-2017 közötti adatok szerint?
- Hogyan támogatják az integrált munkahelyi egészség-programok a FESZ működését, és milyen mérhető mutatókat említ a fejezet?
- Miért veszélyes, ha a szolgáltatók kizárólag az ár alapján versenyeznek, és hogyan befolyásolja ez a minőséget?
- Milyen esetekben kérhet a FESZ szakvizsgálatot, és mi a szerepe a másodfokú alkalmassági vizsgálatokban?
- Melyek a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás személyi minimumkövetelményei a 89/1995. (VII.14.) Korm. rendelet szerint?

16.12 Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / Rövidítés	Definíció / magyarázat
FESZ	Foglalkozás-egészségügyi szolgálat
Háromszintű foglalkozás-egészségügy	Alap-, szakellátás, országos referencia központ
Alkalmassági feltételek	A munkakör ellátásához szükséges egészségügyi feltételek és követelmények összessége.
A – B – C és D kockázati kategóriák	Munkakörönként meghatározott besorolási szintek a munkavégzés veszélyessége és a környezeti ártalmak alapján.

Vizsgálati típusok	Előzetes, időszakos, rendkívüli és záró vizsgálat
Munkahelyi egészségfejlesztés	A munkahelyi környezet és a munkaszervezés javítása, az egészséges választás elősegítése a dolgozók körében.
Munkahelyi mentálhigiénia	A munkavállalók lelki egészségének megőrzését és a munkahelyi stressz kezelését célzó tevékenységek.
Táppénzes napok száma	A keresőképtelenség miatt kiesett munkanapok statisztikai mutatója.
Magánegészségügyi ellátás	Nem a társadalombiztosítás keretein belül, hanem piaci alapon vagy magánbiztosítás útján igénybe vett szolgáltatások.
Egészségbiztosítási csomag	Az adott biztosítási konstrukció keretében igénybe vehető szolgáltatások és juttatások meghatározott köre.
NNGYK	Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ: A népegészségügyi és gyógyszerészeti igazgatási feladatokat ellátó központi szerv.

16.13 Ábrajegyzék

16.1. ábra Foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások (fő)	6
16.2. ábra Munkaköri alkalmassági vizsgálatok típus szerinti megoszlása 2014-2024 (fő)	7
16.3. ábra A magánellátás és a közellátás szerepe és kapcsolata a foglalkozás egészségügy területén	13
16.1. táblázat Foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások Magyarországon 2010-2024	6

16.14 Hivatkozások

- Nagy I, Grónai É, Brunner P, Nagy S: A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok 2020. évi tevékenysége Magyarországon. Foglalkozás-egészségügy 2021/3. 134-153.
https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0009.html
- NNGYK - Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztály; feladatok és országos szakellátás. nnk.gov.hu
- NNGYK - Foglalkozás-egészségügyi szakellátóhelyek listája (aktuális). nnk.gov.hu
- Rurik I., Cseh K. (2012): Piaci viszonyok a foglalkozás-egészségügyben. Orvosi Hetilap 153(36):1433-1439. [AK Journals](http://AKJournals)

- NAV - 2025. évi információs füzetek; szociális hozzájárulási adó, SZJA-kedvezmények. nav.gov.hu
- OTP Egészségpénztár - adóvisszatérítés összefoglaló otpegeszsegepenztar.hu

Jogszabályok:

- 1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről; alapelvek és munkáltatói felelősség. njt.hu
- 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet a foglalkozás-egészségügyi szolgáltról; személyi-tárgyi minimumok, ellátotti létszámnormák. njt.hu
- 33/1998. (VI. 24.) NM rendelet az alkalmassági vizsgálatokról; mellékletek (pl. pszichoszociális kockázatok). njt.hu
- 44/2024. (IX. 26.) BM rendelet; 8/2024. (IX. 26.) MvM rendelet; expozíció-alapú kötelező esetkörök. njt.hu

17 Ápolásbiztosítások jellemzői a világban – nemzetközi kitekintés és hazai javaslatok

Szerzők: Ruzsovics Ágnes és Dózsa Csaba László

Tartalom

17	Ápolásbiztosítások jellemzői a világban – nemzetközi kitekintés és hazai javaslatok ...	1
17.1	Bevezető	2
17.2	Történelmi előzmények	4
17.3	Ápolásbiztosítás Európában	6
17.3.1	Németország	6
17.3.2	Ausztria	10
17.3.3	Hollandia	12
17.3.4	Svédország	14
17.4	Európán kívüli országok	16
17.4.1	USA	16
17.4.2	Japán	19
17.4.3	Kína	22
17.5	Egyéb előtakarékossági rendszerek	22
17.6	Nemzetközi „jó” gyakorlatok	29
17.6.1	Japán	29
17.6.2	Németország	30
17.6.3	Hollandia	30
17.6.4	USA	31
17.6.5	Svédország	31
17.7	Javaslatok a magyar hosszú távú gondozási rendszer fejlesztésére	35
17.7.1	Finanszírozás és hozzáférés	35
17.7.2	Finanszírozási innovációk	36
17.7.3	Beruházások ösztönzése	36
17.7.4	Jogosultsági rendszer	37
17.7.5	Munkaerőhelyzet	37
17.7.6	Területi egyenlőtlenségek	37
17.7.7	Informális gondozás – képzés, betanítás	38
17.7.8	Adataalapú irányítás – adatbázis és infokommunikációs lehetőségek	38

17.7.9	Technológiai innovációk integrálása.....	38
17.7.10	Társadalmi szemléletformálás.....	39
17.8	Összefoglalás.....	39
17.9	Kontrollkérdések.....	40
17.10	Kulcsfogalmak és rövidítések.....	40
17.11	Ábra és táblázatjegyzék.....	42
17.12	Hivatkozások.....	42

17.1 Bevezető

A demográfiai fejlődés, amely az összes fejlett ipari államban a lakosság elöregedésével jár, napirendre tűzte az időskorúakról való gondoskodást, különösen az ápolásra szorultság esetén való ellátásuk feladatát. A hagyományos, családi körben vagy szomszédsági viszonyban való segítségnyújtás (informális gondozás) már nem áll rendelkezésre a korábbiakhoz hasonló mértékben.

A WHO 2002-ben az Active Ageing: A Policy Framework című munkájában fogalmazta meg az aktív időskor alapelveit (WHO, 2002). Az alapelvek a megelőzés és az integráció területét is érintették, amely arra ösztönöz, hogy az idősök egészsége és öngondoskodási képessége minél tovább megmaradjon. Ennek érdekében a szociális és az egészségügyi rendszernek is a megelőzésre kell fókuszálnia, valamint bizonyos szolgáltatások esetében meg kell valósítania a szolgáltatások integrációját az idősök életminőségének javítása érdekében (Gresz et al, 2016). Az Európai ún AAL Joint programme az idősök életvitelét, gondozását és egészségügyi ellátását szolgáló infokommunikációs fejlesztéseket mozdította elő 2008-2013. között több mint száz támogatott projekt keretében.

További cél volt az életminőség javítása, az ellátórendszerek hatékonyságának javítása, és az ezt szolgáló egészségipar és eco-system felélénkítése. (AAL Final Report, 2013).

Az egészségügy bővülő lehetőségei ellenére az idősödő korcsoporton belül számolni kell egy kisebb-nagyobb önellátási képesség csökkenéstől szenvedő népességcsoporttal, akiknél a gyógyítás lehetőségei kimerültek, viszont tartósan, rendszeresen, eltérő mértékben támogatott életvitellel még hosszú éveken keresztül élhetnek (Bondár, 2011). A demográfiai változások, a lakosság elöregedése miatt az ápolásbiztosítási rendszer kiépítése lehet a kulcsa a szociális és egészségügyi szektor által nyújtott ellátások összehangolásának. Az ápolásbiztosítás bevezetése az egyéni öngondoskodást valósítja meg állami felügyelet mellett, a már létező

társadalombiztosítási rendszerbe integrálva, és valószínűleg a magánszolgáltatás, magánbiztosítás egyik legfontosabb területe lesz hosszútávon (Gulácsi 2016).

Az ápolásbiztosítás vagy angol szóhasználatnál long term care (LTC), egy olyan speciális biztosítási forma, amely anyagi védelmet nyújt abban az esetben, ha egy személy hosszabb időre ápolásra, gondozásra szorul, például betegség, baleset vagy időskori egészségromlás következtében. A biztosítás célja, hogy segítséget nyújtson a megnövekedett ápolási költségek fedezésében, és enyhítse a családra nehezedő anyagi és fizikai terheket. Az LTC a biztosított ápolásra szorulása, tartós ápolási szükséglete esetén, az ápolási szükséglet megállapítását követően meghatározott pénzbeli szolgáltatást (általában havi járadékot) nyújt a biztosítottnak vagy az ápolást végző személynek. A biztosító csak akkor teljesít szolgáltatást, ha bekövetkezik az esemény: a tartós ápolási szükséglet.

Tartós ápolási szükséglet a legalább 6 hónapig, de nem kizárt, hogy a beteg élete végéig tartó életviteli támogatás, ami többnyire az időskorral kapcsolatos (időskorban fellépő demencia, Alzheimer-kór, mozgásképtelenség, baleset utáni maradandó egészségkárosodás, krónikus betegségek miatti önellátás-képtelenség). (EMMI, 2020) A biztosító az ápolási szükséglet mértéke szerint különböző szinteket állapít meg (pl. enyhe, közepes, súlyos) és minden szinthez eltérő összegű járadék tartozik.

A szolgáltatás formája lehet:

- Pénzbeli szolgáltatás: rendszeres havi járadék.
- Esetenként egyszeri kifizetés is lehet a biztosítási szerződés szerint.
- Egyes biztosítások szolgáltatásszervezést vagy természetbeni ellátást is tartalmazhatnak.

Szerződéskötéskor gyakran szükséges egészségi állapotfelmérés, kockázatelbírálás. Az ápolásbiztosítás fenntartásához általában rendszeres díjfizetés (havonta, negyedévente stb.) szükséges. A díj nagyságát befolyásolja a biztosított életkora, egészségi állapota, és a választott biztosítási összeg.

Ha a biztosított olyan állapotba kerül, hogy rendszeres, külső segítségre szorul, kezdeményezi az igénybejelentést a biztosító felé. Az ápolási szükségletet és annak mértékét orvosi szakvélemény vagy a biztosító által kijelölt orvos(csoport) állapítja meg. Ezután a biztosító a megállapított ápolási szint szerint elindítja a járadék vagy egyéb szolgáltatás kifizetését addig, amíg a jogosultság fennáll.

Az OECD-országokban 2021-ben a bruttó hazai termék (GDP) 1,8%-át osztották ki az LTC-re (beleértve az egészségügyi és a szociális összetevőket is). A GDP 4,4%-ával Hollandia költött a legtöbbet, ezt követte az északi országok, Norvégia (3,5%), Svédország (3,4%) és Dánia (3,2%). Ezzel szemben Görögország, Lengyelország és Lettország csak a GDP körülbelül 0,5%-át költötte LTC-szolgáltatásokra. Ez az eltérés leginkább a formális LTC-rendszerek fejlettségi szintjét tükrözi, szemben a főként fizetetlen családtagok által nyújtott gondozáson alapuló informálisabb megállapodásokkal. Bizonyos szintű alábecsülés állhat fenn azoknál az országoknál, amelyek nem tudják rögzíteni a szociális LTC-re fordított kiadásokat. Általánosságban az OECD-országokban az LTC-re költött öt dollárból négy állami forrásból származik (OECD, 2023).

17.2 Történelmi előzmények

Az ápolásbiztosítás történelmi előzményei szorosan összefüggenek a társadalmi gondoskodás, a jóléti állam és az egészségbiztosítás fejlődésével. A betegápolás az emberiség létezésével egyidős tevékenység, amelyet eleinte főleg a nők saját közösségükben ösztönös késztetéstől indítva végeztek. Az ókorban, az egyes ősi kultúrák kialakulásával egyre konkrétabban kezdték meghatározni a betegápolással foglalkozók tevékenységét, feladatait. Az ebből a korból származó leletek tartalmazznak olyan utalásokat is, amelyekből arra lehet következtetni, hogy az ókori Egyiptomban már alkalmaztak különböző ápolási folyamatokat is. Az ápolás ókori történetének szemlélésekor Kínát sem hagyhatjuk figyelmen kívül. Kórházakról vagy hasonló építményekről kevés említést tesznek az ebből a korból származó források, mivel Kínában erős hagyománya volt a betegek otthoni környezetben való gondozásának, ápolásának. A kereszténység első századában a mindennapi életet és a betegápolást egyaránt a hit központi gondolatai – mint a szeretet, a másokhoz való odafordulás, mások segítése – jellemezték.

A középkorban a hűbérúr–vazallus és a földesúr–jobbágy viszonyában a személyes függőséggel járó jogok és kötelezettségek miatt nem volt szükség államilag szervezett nagy szociálpolitikai rendszerekre, hiszen az ápolás, gondoskodás megszervezése alapvetően ezeknek a rendszereknek a feladata volt, amelyekben a mindenkori egyházak játszottak még fontos, kiegészítő szerepet.

Az idősök és betegek gyakran kolostorokban vagy szegényházakban ápolták, melyek többnyire vallási vagy közösségi alapon működtek. Hazánkban már a XIII. században is voltak a bányászok gyógyítását segítő ispotályok, kórházak, ahol a betegségápolással foglalkozó szerzetesek gondozták a beteg bányászokat. Elsőként 1224-ben Selmec városa építtetett

kórházat a bányászok gyógyítására. A kor legveszélyesebb foglalkozását űzők, a bányászok hoztak létre először önszegélyező szervezeteket, ún. bányatársládákat. Az első bányatársláda 1496-ban Thurzó János bányájában alakult. Ez a munkaadó és a bányászai önkéntes elhatározásából létesült, amelyet önkormányzati alapon a bányászlegénység kezel.

A 18–19. században a szegénygondozás és a munkásvédelem megjelenése új alapokra helyezte a szociális ellátást. A tőkés gazdaság kialakulása elősegítette az ipari forradalmakat is. A gépek tömeges alkalmazása miatt az üzemi baleset és a foglalkozási megbetegedések kockázata jelentősen megnőtt. A szegénység és az egészségtelen élet- és munkakörülmények miatt az egészségügyi ellátásban is komoly problémák merültek fel. Mivel ezeket a kérdéseket a kapitalista magángazdaság nem volt képes megfelelően kezelni, ezért a 19. század közepén megfogalmazódott az állami fellépés iránti igény.

A kontinentális államok – azon belül is elsősorban Németország – kiépülő ipari üzemeiben a munkaképtelenséggel járó kockázatok kezelésére a munkások segélyegyleteket, önszegélyező pénztárakat alapítottak, amelyek a megrokkulás, a halál, az öregség esetén meghatározott szolgáltatásokat nyújtottak. A kezdetben egy-egy üzemre kiterjedő szervezetek később akár egész ágazatokat átfogtak, és a 19. század közepére egész Európában széles körben elterjedtek. Ezek a szervezetek képezték az alapját a 19. század végén kiépülő társadalombiztosítási rendszernek, amelyet elsőként Otto von Bismarck német kancellár hozott létre Németországban az 1880-as évek folyamán. Bismarck reformjai keretében a meglévő struktúrákra építve hozott létre kötelező részvételen alapuló biztosítási rendszereket. Az így kialakuló, ún. bismarcki modellt követte a kontinentális Európa legtöbb állama, amelyek a 19. század végén és a 20. század elején kiépítették egyes ágazatok és iparágak tekintetében a maguk öregségi, betegségi és balesetbiztosítási rendszereiket (Hoffmann & Gellerné, 2020).

Ezek azonban nem tartalmaztak még külön ápolási ellátást, de megalapozták a későbbi ápolásbiztosítás koncepcióját.

A modern korszakban, azaz a 19. századi kettős (polgári-politikai és ipari) forradalmakat követően a piaci viszonyok révén történő fenntartás döntően a munkaerő értékesítéséből és az abból befolyó munkajövedelemből történt. A szociálpolitika első nagy beavatkozási köre a (munka)jövedelem elmaradásával függött össze. Figyelemmel arra, hogy a modern társadalmakban a családi jövedelmek elsődleges forrása a munkajövedelem, ezért azok elmaradása esetén az egyén és a család nem képes a megélhetésről gondoskodni, így külső, állami beavatkozásra van szükség.

A szűkebb értelemben vett szociálpolitikai ellátások alapvetően az egyénre, azon belül a más személyek eltartásáról gondoskodni köteles, vagy az önmaguk ellátásáról gondoskodni nem képes egyénekre összpontosít. Így az egyén mellett – különösen a kontinentális szociális rendszerekben – a szociális jog fontos szereplője a család (OECD, 2023). Az állami szociális ellátórendszerek kibővítése a második világháború után, különösen Nyugat-Európában zajlott. Az idősek és tartósan betegek gondozása főként egészségügyi vagy szociális ellátásokon keresztül történt, azonban az idősödő társadalom, a növekvő élettartam és a családszerkezet átalakulása miatt ez egyre kevésbé volt fenntartható.

A világ első hivatalos, államilag szabályozott ápolásbiztosítása 1995-ben jött létre Németországban (Pflegeversicherung). Ennek fő oka az volt, hogy az idősek száma nőtt a társadalomban, a családok nem tudtak már teljes felelősséget vállalni az otthoni ápolásért, valamint a meglévő társadalombiztosítási rendszerek nem fedezték az ápolási szükségleteket. A német rendszer kötelező biztosításon alapul, és a társadalombiztosítás részeként működik – önálló ápolásbiztosítási ággá vált.

A német mintát követve a legtöbb európai államban a második világháborút követően jelentős mértékben kiszélesítették a társadalombiztosítási rendszereket, s a lakosság döntő részét bevonták ezekbe az ellátásokba. A német példa nyomán más országok is elkezdtek hasonló rendszereket kidolgozni. Japán: 2000-ben vezette be a saját hosszú távú ápolásbiztosítási rendszerét, Hollandia, Ausztria, Dél-Korea és más országok is alkalmaznak állami vagy magán ápolásbiztosítási megoldásokat. Egyes országokban az ápolás költségeit főként magánbiztosítás vagy szociális ellátás útján fedezik, míg máshol kötelező állami rendszer is működik. Magyarországon az ápolásbiztosítás hivatalosan nem létezik, és az ápolási szükségletek fedezése jelenleg az állami szociális és egészségügyi ellátórendszeren keresztül történik.

17.3 Ápolásbiztosítás Európában

17.3.1 Németország

Szakértői becslések szerint Németországban az ápolásra szoruló személyek aránya 2030-ig 50%-kal fog emelkedni. A demenciában szenvedő biztosítottak aránya még fokozottabban növekszik. Németországban jelenleg a demenciában szenvedők száma 1,1 millió, 2030-ig azonban eléri az 1,7 milliót, ami több mint 50%-os növekedésnek felel meg (Milbank, 2025). A németországi társadalombiztosítás öt ágazattal rendelkezik: betegségbiztosítás, balesetbiztosítás, nyugdíjbiztosítás, munkanélküliek biztosítása és ápolásbiztosítás. Az ápolásbiztosítás alrendszer a következő formákban működik:

- Kötelező (állami) ápolásbiztosítás (*soziale Pflegeversicherung*, SPV)
- Magán ápolásbiztosítás (*private Pflegepflichtversicherung*, PPV) – azoknak, akik magán egészségbiztosítással rendelkeznek.

Az ápolásbiztosításról szóló törvény (Pflege-Versicherungsgesetz) elfogadására 1994. május 26-án került sor és 1995. január 1-jei kezdettel, mint a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Tizenegyedik Könyve (Sozialgesetzbuch XI.) lépett hatályba. Otthoni ápolási szolgáltatások nyújtására 1995. április 1-jei kezdettel, bentlakásos intézményi szolgáltatások nyújtására 1996. július 1-jei kezdettel került sor. 2008-ban lépett hatályba az ápolásbiztosítás strukturális továbbfejlesztéséről szóló törvény („Pflege-Weiterentwicklungsgesetz”).

A szociális ápolásbiztosítás teherviselői a kötelező ápolási pénztárak. Ezek önkormányzattal rendelkező önálló, jogi személyiséggel rendelkező testületek, amelyek a kötelező betegpénztárak ernyője alatt működnek. Az alapelv: „Az ápolásbiztosítás követi a betegbiztosítást.” Ez azt jelenti, hogy a kötelező betegbiztosításban kötelezően biztosított személyek, önkéntesen biztosított személyek és a hozzátartozóként biztosítottak ezzel egyidejűleg a szociális ápolásbiztosítás tagjaivá, a privát betegbiztosítási társaságoknál biztosítottak pedig a privát ápolásbiztosítás tagjaivá válnak. A szociális ápolásbiztosításba történő belépéshez nincs szükség különleges kérelemre, ez a kötelező betegbiztosítással automatikusan jár. A kötelező betegbiztosítás tagjainak eltartásra jogosult hozzátartozói (házastársak, gyermekek) jogosultak a járulékmentes hozzátartozói, családi biztosításra (Familienversicherung).

Mindenki jogosult az ellátásra, aki legalább 2 éve be van jelentve az ápolásbiztosításba, amelynek feltétele: a biztosított tartósan (legalább 6 hónapig) ápolásra szorul.

Az ápolásra szorultság megállapítása és a megfelelő ápolási fokozatba való besorolás az ápolási pénztárak feladata. Az eljárásra rendszerint az érintett kérelme alapján kerül sor. Az ápolásbiztosító orvosa megy ki a beteg lakására felmérni a beteg tartós ápolási szükségletét. A három ápolási fokozatba történő besorolás szociális és egészségügyi szempontok szerint történik, tehát figyelembe kell venni az ápolásra szoruló személy családi és szociális környezetét.

I. ápolási fokozat – jelentős mértékben ápolásra szorultság:

- azok a személyek, akik a táplálkozás, a testápolás vagy a testmozgás tekintetében legalább két művelet esetén naponta legalább egyszer segítségre szorulnak;
- ezenkívül hetente több alkalommal segítségre szorulnak a háztartás vezetésében;

- az alapápolás és a háztartás vezetése tekintetében a segítségre való igény legalább napi 1,5 óra, amelyből az alapápolásra több mint 45 percet kell fordítani.

II. ápolási fokozat – súlyos ápolásra szorultság:

- azok a személyek, akik a táplálkozás, a testápolás vagy a testmozgás tekintetében naponta legalább három alkalommal különböző napszakokban segítségre szorulnak;
- ezenkívül hetente több alkalommal segítségre szorulnak a háztartás vezetésében;
- az alapápolás és a háztartás vezetése tekintetében a segítségre való igény legalább napi 3,5 óra, amelyből az alapápolásra legalább 2 órát kell fordítani.

III. ápolási fokozat – nagyon súlyos ápolásra szorultság:

- azok a személyek, akik a táplálkozás, a testápolás vagy a testmozgás tekintetében a nap és az éjszaka minden órájában segítségre szorulnak;
- ezenkívül hetente több alkalommal segítségre szorulnak a háztartás vezetésében;
- az alapápolás és a háztartás vezetése tekintetében a segítségre való igény legalább napi 5 óra, amelyből az alapápolásra legalább 4 órát kell fordítani.

Az állami ápolásbiztosítást ugyanazok az egészségbiztosító pénztárak (pl. AOK, Barmer) működtetik, amelyek az egészségbiztosítást is kezelik. Az ellátásokat és jogosultságokat szövetségi szinten törvény szabályozza (SGB XI – Sozialgesetzbuch, 11. könyv) (Milbank, 2025). Ápolásbiztosítás által nyújtott szolgáltatások:

- Pénzbeli ellátás (Pflegegeld): ha a családtagok végzik az ápolást.
- Természetbeni ellátás (Pflegesachleistung): ha professzionális szolgáltatót vesznek igénybe.
- Lakhatási támogatás, rehabilitációs ellátás, tanácsadás, idősek otthonának támogatása stb.

Az ápolásbiztosítás finanszírozásának alapja a munkavállalók jövedelme, amelynek egy törvényben meghatározott részét járulék formájában befizetik az ápolási pénztáraknak. A járulékokat a munkaadók és a munkavállalók arányosan viselik. Átlagos hozzájárulás: kb. 3,4–3,5% a bruttó jövedelemből. [9] A járulékfizetés a nyugdíjasokra és az önkéntes betegbiztosítással rendelkezőkre is kiterjed. Nyugdíjasok részére a járulékokat a nyugdíjbiztosításhoz hasonlóan fele-fele arányban maguk a nyugdíjasok és a nyugdíjbiztosítási teherviselők fizetik.

A felosztó-kirovó jellegű társadalombiztosítás a válságidőszakokban is garantálja a viszonylag stabil bevételeket. Az ápolásbiztosításban keletkező újabb pénzügyi szükségletek fedezése a jelenlegi rendszer keretei között járulékemelés formájában lehetséges. Nincs tőkefedezeti háttér (nem előtakarékosági rendszer), hanem folyó finanszírozású – az aktuális befizetések fedezik a kiadásokat. Ez hosszú távon kihívást jelent az elöregedő társadalom miatt. [10] Az előrejelzések szerint az ápolásra szorulóknak száma az elkövetkező 30 évben csupán a lakosság elöregedésével összefüggésben elérheti a 7 milliót, ami mind az ellátás, mind a finanszírozás tekintetében hatalmas kihívást jelent. Az elmúlt húsz évben a szociális ápolásbiztosítás kiadásai átlagosan 5,7%-kal, bevételei 2%-kal növekedtek. Ez 2040-ig a jelenlegi járulékkulcs megduplázódását eredményezi. A szövetségi kormány alábecsülte az ápolással összefüggő költségekhez való egyéni hozzájárulás korlátozására fordítandó pénzügyi volument. 2022-ben még 2,75 milliárd EUR többletkiadással számolt, a tényleges kiadások azonban elérték a 3,6 milliárd EUR-t. A számítások szerint a várható kiadások elérhetik az 5,4 milliárd EUR-t (WIP, 2024; Julian et al, 2012).

A rendszer pénzügyi helyzetét tekintve, a szociális ápolásbiztosítás bevételei csaknem teljes mértékben a felosztó-kirovó rendszer keretében keletkeznek. A kötelező betegbiztosítás ernyőszervezete (GKV-Spitzenverband) szerint a szociális ápolásbiztosítás 2024-ben 1,54 milliárd EUR deficittel zárt. 2025-ben félmilliárd EUR veszteséggel számolnak.

A privát ápolásbiztosítás pénzügyi helyzetének alakulása: 2022-ben Németországban 9,2 millió személy rendelkezett privát kötelező ápolásbiztosítással. Ez a 84,4 milliós összlakosság 10,9%-a. A szolgáltatásokra fordított kiadások a teljes időszakban jóval, akár 50%-kal is elmaradtak a bevételektől.

A bevételek zöme az időskori ápolást célzó előtakarékoságból („Altersrückstellungen”) származik. Az ápolásbiztosítás bevezetése (2005) óta ezek az előtakarékoságok elérték a 49,2 milliárd EUR-t (BARMER, 2024).

A szociális ápolásbiztosítás területén fokozódó pénzügyi feszültség nyilvánul meg, amely elkerülhetetlenné teszi az átfogó politikai beavatkozást. A jövőben a kiadások túllépésének további növekedése várható, ami jelentős járulékemelést tesz szükségessé. Az elmúlt húsz évben a szociális ápolásbiztosítás kiadásai átlagosan 5,7%-kal, bevételei 2%-kal növekedtek. Ez 2040-ig a jelenlegi járulékkulcs megduplázódását eredményezi. Több múltbeli kutatás fogalmaz meg kételyeket a szociális ápolásbiztosítás életképességével, fenntarthatóságával, a reformkényszerrel kapcsolatban. Az előrejelzések szerint az ápolásra szorulóknak száma az

elkövetkező 30 évben csupán a lakosság előregedésével összefüggésben elérheti a 7 milliót, ami mind az ellátás, mind a finanszírozás tekintetében hatalmas kihívást jelent (Bahnsen, 2024).

17.3.2 Ausztria

Ausztriában is létezik ápolásbiztosítás, de a német rendszertől eltérően nem önálló társadalombiztosítási ágként, hanem állami finanszírozású szociális juttatásként működik. A társadalombiztosításnak a szociális biztonság rendszerében való domináns pozíciója ellenére az ápolásra szorultság kockázatával szembeni biztosítás Ausztriában csak közvetve és részben kapcsolódik a társadalombiztosításhoz.

Az ápolási díjat, a szövetségi szinten egyetlen egységes szolgáltatást az ápolási díjról szóló, 1993-ban hatályba lépett szövetségi törvény (Bundes-Pflegegeldgesetz) szabályozza. Ezt mind azok az ápolásra szoruló személyek igényelhetik, akik a kötelező nyugdíjbiztosítás keretében nyugdíjban, a balesetbiztosítás keretében teljes nyugdíjban, vagy a köztisztviselők különleges nyugdíjrendszerében ún. alapellátásban részesülnek. Az ápolási díj finanszírozása adókból történik, és nem függ társadalombiztosítási kötelezettségtől. Azok az ápolásra szoruló személyek, akik nem jogosultak ilyen szolgáltatásra, pl. még nem, vagy csak nemrég folytatnak keresőtevékenységet, pl. születésük születésüknél fogva fogyatékkal élők, az ápolási díjról szóló tartományi törvények alapján a tartományoktól igényelhetik az ápolási díjat.

A természetbeni ápolási szolgáltatásokat a tartományok különböző szociális és fogyatékosügyi törvényei szabályozzák. Miközben a betegápolás szövetségi szintű ügy, és azt az egészségügyi és betegápolási törvény szabályozza, az időskorú és fogyatékkal élő emberek gondozásának szakmai keretfeltételeit ismét csak tartományi rendeletek szabályozzák.

Az ápolási támogatás (Pflegegeld) állami szociális juttatás, amelyet a Szövetségi Szociális Minisztérium felügyel és a nyugdíjbiztosítók (Pensionsversicherungsanstalten) vagy a tartományi hivatalok (Landesstellen) folyósítanak. Nincs külön biztosítási járulék, az ellátás adókból kerül finanszírozásra. A támogatást a szövetségi költségvetés és részben a tartományok finanszírozzák.

Minden osztrák állampolgár és tartósan Ausztriában élő személy jogosult ápolásbiztosításra, aki legalább 6 hónapon keresztül rendszeres segítségre szorul a mindennapi életvitel során, és az ápolás heti szinten legalább 65 órát igényel. Hét fokozatból álló rendszer (ápolási fokozatok, Pflegestufen), amelyek a gondozás szükséges ideje és intenzitása alapján vannak meghatározva (Heinicke & Thomsen, 2001) Az ápolási díjra való jogosultság hét fokozata elsősorban a harmadik személy által elvégzendő teendők időigényéhez igazodik. Ebben nem játszik

szerepet, hogy azokat hozzátartozók, vagy hivatásos ápolók végzik-e el. Az osztrák rendszer egyenlő hozzáférést biztosít, életkortól és jövedelmi helyzettől függetlenül.

17.1. táblázat Az osztrák ápolásbiztosítás 7 fokozatú gondozási rendszere

1. Fokozat	Heti szükséges ápolási idő	Havi juttatás (2024-es ada
1	65+ óra	~175 €
2	95+ óra	~322 €
3	120+ óra	~502 €
4	160+ óra	~754 €
5	180+ óra, speciális szükséglet	~1.024 €
6	180+ óra, éjjel-nappali felügyelet	~1.430 €
7	Állandó ágyhoz kötöttség, 24 órás felügyelet	~1.720 €

Forrás: Szerzők

A juttatás készpénz, amelyet a gondozott szabadon felhasználhat, pl. családtag ápolásához, ápolási szolgáltatás igénybevételére. Az ápolási támogatás mellett lehetőség van természetbeni ellátásokra, pl. házi ápolási szolgálatok, nappali ellátók, idősek otthona, de ezek külön szabályozás alá esnek. A gondozás minőségét ellenőrzik, a támogatás felhasználásáról rendszeresen beszámolót kérhetnek.

A szükségletfelmérés orvosi szakértői véleményen alapul, más területek képviselőit (pl. ápolás) is bevonják a helyzet átfogó felmérésébe. A szakértői véleményt általában otthoni vizsgálat után készítik el. Lehetőség van egy megbízható harmadik fél jelenlétére az orvosi vizsgálat során, amennyiben a hosszú távú ápolási ellátást igénylő személy kívánja. A jogosultságról hivatalos értesítéssel döntenek, amely ellen fellebbezési lehetőség van az illetékes Munkaügyi és Szociális Bíróságon. Az orvosi vizsgálatot, a besorolást, valamint a hosszú távú ápolási ellátás kifizetését a társadalombiztosítási intézmények, konkrétan a nyugdíjbiztosítás és a balesetbiztosítás végzik.

A gondozási szükséglet felmérésére vonatkozó konkrét rendelkezéseket a szövetségi hosszú távú ápolási ellátásról szóló törvény alapján a gondozási ellátás mértékéről szóló rendelet (Einstufungsverordnung) tartalmazza. Ez a rendelet határozza meg a gondozást és a segítséget, valamint az egyes feladatokra, pl. öltözködésre és vetkőzésre, testápolásra, ételkészítésre, etetésre, valamint a mozgássegítésre szánt időt. Ezen felül az Osztrák Társadalombiztosítási Intézmények Szövetsége (Hauptverband der Sozialversicherungsträger, HV) jogosult nemzeti irányelveket meghatározni a gondozási igények felmérésére. Ezeket az irányelveket többször is kiadták és frissítették annak érdekében, hogy a vonatkozó törvények egységes értelmezését biztosítsák a gyakorlatban és a különböző döntéshozók között is.

Az osztrák hosszú távú ápolási rendszer, mint fentebb említettük, pénzületi és természetbeni ellátások kombinációja. Az egységes ápolási díj mellett szociális szolgáltatásokat is nyújtanak a gondozásra szorulóknak számára. Általánosságban elmondható, hogy a szociális szolgáltatások nyújtását egy erősen széttagolt rendszer jellemzi, különböző szolgáltatókkal (többségük nonprofit), a nyújtás változatos formáival és a finanszírozásra vonatkozó eltérő szabályozásokkal. Egyes régiókban a szolgáltatók szinte monopolhelyzetben működnek. A szociális szolgáltatások a tartományok felelősségi körébe tartoznak, így a rendszer nemcsak egy tartományon belül széttagolt, hanem tartományonként eltérő mértékben széttagolt is.

Az 1993-as törvény 15a. cikkely szerinti megállapodás előírja, hogy minden tartomány decentralizált intézményi, félig intézményi és otthoni szolgáltatásokat nyújtson. Erre a célra a megállapodás tartalmazta a szolgáltatások katalógusát és a szociális szolgáltatások minőségi kritériumait. A tartományok felelősek a kínált szolgáltatások összekapcsolásáért, valamint a tájékoztatás és a tanácsadás garantálásáért is.

Általánosságban elmondható, hogy a hosszú távú ápolás és az egészségügyi ellátás biztosításáért és finanszírozásáért különböző intézmények felelősek. Míg az egészségügyi ellátást a társadalombiztosítási rendszer finanszírozza és szervezi, a hosszú távú ápolást közösségek által szervezett szociális szolgáltatásokon keresztül nyújtják, amelyeket nagyrészt adóbevételekből finanszíroznak. Ennek ellenére az első pillantásra egyértelmű felelősségmegosztásnak köszönhetően szoros kapcsolat van a hosszú távú ápolási szolgáltatások és a társadalombiztosítási rendszer között, mivel a biztosítási rendszer apparátusa szervezi és kezeli a hosszú távú ápolási ellátást.

Továbbá a gondozásra szoruló személy hosszú távú ápolási rendszerbe való belépését gyakran az egészségügyi szolgáltatók (például a családorvosok) indítják el, és az alapvető egészségügyi szolgáltatások és a hosszú távú ápolási szolgáltatások közötti fogalmi választóvonal nem mindig pontosan érvényesül a szolgáltatásnyújtás zökkenőmentes lebonyolítása érdekében (Riedel & Kraus, 2010).

17.3.3 Hollandia

A holland egészségügyi rendszer három pilléren alapul. Az első pillér elemei: a versengő biztosítótársaságokból álló betegbiztosítási rendszer, amely lefedi a gyógyító szektort. Minden holland köteles egészségbiztosítást kötni, a biztosítótársaságok pedig kötelesek mindenkit befogadni. Az általános orvosi és szakorvosi ellátásra, gyógyszerekre, segédeszközökre, terápiás szolgáltatásokra és otthoni betegápolásra kiterjedő szolgáltatási csomagot a kormány

határozza meg. Kiegészítő szolgáltatások, pl. szemüveg vagy fogászati ellátás, önkéntes biztosítással fedezhetők, amelyek Hollandiában az egészségügyi kiadások 6,8%-át teszik ki. A biztosítók megállapodhatnak az árakról és minőségi követelményekről az egészségügyi szolgáltatókkal. A biztosítottaknak, a biztosító általi első költségátvállalást megelőzően jelenleg 385 EUR önrészt kell viselniük. A szülés és a pediátriai ellátás mentesül az önrész alól. Az önrésztől eltekintve, a háztartások privát költséghozzájárulásai („*Out-of-Pocket*“-rész), az állami rendszer által viselt - nemzetközi összehasonlításban igen bőkezű fedezet miatt - igen alacsonyak. A holland egészségügyi rendszer erőteljes tényezője az elsődleges ellátás, ami csökkentti a kórházi ágyak és orvosok iránti szükségletet. A második pillér a tartós ápolás 2015-ben megreformált társadalombiztosítási rendszere. Ezt a regionálisan domináns biztosító fedezi. A hollandok különösen sokat investálnak a tartós ápolásba, az időskorúak és fogyatékkal élők ellátásába, valamint a pszichiátriai ellátásba. A harmadik pillér keretében, az önkormányzatok biztosítanak adóforrásokból finanszírozott népegészségügyi feladatokat, mint az oltások, szűrési programok és az egészségfejlesztés (Heinz, 2022).

Hollandia az első ország Európában, ahol az ápolásra szorultságot szociális kockázatként ismerték el és bevonták azt a társadalombiztosítás körébe. A holland ápolásbiztosítási rendszer az egyik legismertebb és legkomplexebb példája a hosszú távú ápolás finanszírozásának Európában. A rendszer célja a hosszú távú ápolás költségeinek megosztása az állam, az egészségbiztosítók és az önkormányzatok között, biztosítva ezzel a fenntarthatóságot és az egyenlő hozzáférést az ápolási szolgáltatásokhoz (Government of Netherlands, 2025). Az ápolás költségeit a „különleges költségekkel járó betegségek költségeinek biztosítása” (AWEZ) keretében fedezik.

Kezdetben csak természetbeni ellátások nyújtására került sor, majd a kilencvenes évek közepe óta egy ápolási díj választására is lehetőség nyílik. Ez lehetővé teszi a szükséges szolgáltatások szabad megválasztását, de takarékosági megfontolásokkal is összefügg. Ennek során a szolgáltatásokat igénybe vevők formális és informális szolgáltatók között választhatnak.

Az ápolás- és a betegbiztosítás a betegpénztárak és a privát biztosítók által valósul meg. Ezek szervei megállapodásokat kötnek a szolgáltatókkal. A szolgáltatások palettáján otthoni ápolás, háztartásban nyújtott segítségnyújtás, támogató jelenlét, aktiváló jelenlét, kezelés, intézményi elhelyezés szerepel. Ellátásra jogosultak: a huzamosan kórházi ellátásban részesülők, az időskorúak és a testi vagy szellemi fogyatékkal élők. A biztosítás minden lakosra kiterjed. Az ápolásbiztosítás finanszírozása egy bizonyos felső jövedelemhatárig a biztosítottak járulékaiból, továbbá állami támogatásokból és önrészekből történik. A holland

ápolásbiztosítási rendszer szolgáltatási piramisa jól strukturált, és három törvényi pilléren alapuló ellátási szintekre oszlik. A piramis a szolgáltatások intenzitása és költségigénye szerint épül fel, alul a legalacsonyabb támogatási szinttel, felül pedig a legsúlyosabb, teljes ellátást igénylő esetekkel (Government of Netherlands, 2025).

1. **Csúcs:** Hosszú távú ápolási törvény (Wlz – Wet langdurige zorg): Ez a nemzeti biztosítási rendszer azokat az embereket szolgálja ki, akik napi szintű, intenzív ápolásra szorulnak. A költségeket az állam által beszedett adókból finanszírozzák. Célcsoportja olyan személyek, akik önállóan már nem élhetnek biztonságosan, jellemzően a súlyosan beteg, idős vagy fogyatékkal élő emberek. Szolgáltatások: 24 órás felügyelet és teljes körű gondozás bentlakásos intézményben; Speciális ellátások: demencia, súlyos testi/mentális fogyatékoság esetén; Szállás, étkezés, ápolás, kezelés.
2. **Közép:** Egészségbiztosítási törvény (Zvw – Zorgverzekeringswet): Ez a kötelező egészségbiztosítási rendszer a házi ápolás és a személyi gondozás költségeit fedezi. Az egészségbiztosítók szerződnek a szolgáltatókkal, és a költségeket a biztosítottak jövedelme alapján meghatározott önrész terheli. Célcsoportja a krónikus betegek és idősek, akik nem igényelnek 24 órás felügyeletet. Szolgáltatások: Otthoni ápolás és szakápolás (pl. sebkezelés, injekció); Személyi gondozás (pl. fürdetés, öltöztetés); Tanácsadás és megelőző szolgáltatások.
3. **Alap:** Szociális támogatási törvény (Wmo – Wet maatschappelijke ondersteuning): A helyi önkormányzatok felelősek az otthoni segítségnyújtásért, például háztartási segítség, napi tevékenységek támogatása és a családi gondozók támogatása. Ezeket az önkormányzati adókból finanszírozzák, plusz kis mértékű felhasználói hozzájárulás (jövedelemhez igazítva). Célcsoport az enyhe vagy közepes ápolási igényű személyek, idősek, fogyatékkal élők, demencia korai szakaszában lévő betegek. Szolgáltatások: Háztartási segítség (takarítás, bevásárlás); Mozgást segítő eszközök (pl. kerekesszék); Közösségi programok, idősklubok; Informális gondozók támogatása.

17.3.4 Svédország

Svédországban az általános szociális biztonsági rendszer kötelező. A szociális biztonsági rendszer egyrészt a garantált minimális ellátásokat nyújtó, lakóhely szerinti biztosításból, másrészt a jövedelemkiesést fedező, munkán alapuló ellátásból áll. A rendszer fedezete kiterjed minden Svédországban lakóhellyel rendelkező vagy dolgozó személyre. A Svédországban valós állandó lakóhellyel rendelkező személyeket ott élőknek tekintik. Általános szabályként minden Svédországban letelepedő személyt ezen ország lakosának tekintenek, ha a tartózkodás

időtartama feltehetőleg meghaladja az egy évet. Svédországban a szociális biztonsági rendszer lényegében a nemzeti biztosítás elvén alapul.

Svédország ápolási rendszere a skandináv jóléti modell egyik kiemelkedő példája, amely az egyéni méltóságot, az önállóságot és az integrált ellátást helyezi előtérbe. A rendszer az "ageing in place" (otthon maradás) elvén alapul, amely lehetővé teszi az idősök számára, hogy saját otthonukban maradjanak, miközben szükség esetén ápolási és szociális szolgáltatásokat kapnak. A szolgáltatások minősége és szintje helyi szinten változhat, mivel az önkormányzatok döntése alapján történik.

A saját magukat ellátni képtelen vagy szükségleteik kielégítésére más módot nem találó személyek a szociális jóléti bizottság által nyújtott támogatásra jogosultak. A tartós ápolás-gondozást valamennyi svédországi lakos igénybe veheti, és ahhoz nem írnak elő az anyagi helyzettel, az életkorral és a biztosítási idővel kapcsolatos követelményeket. Vagyis minden svéd lakos jogosult ápolási szolgáltatásokra, nem jövedelem, hanem szükséglet alapján.

A tartós ápolás-gondozási ellátások nem alkotnak önálló rendszert. Amennyiben az érintettnek kórházi ellátást nem igénylő orvosi ellátásra van szüksége, a jogszabályok értelmében ezt az ellátást saját otthonában kell a részére biztosítani. Az otthoni ápolás (hemtjänst) segítségnyújtás a mindennapi tevékenységekben, mint pl. fürdés, öltözködés, főzés, bevásárlás és orvosi látogatások. Az intézményi ellátás alatt speciális idősök számára kialakított lakásokat értenek, ahol egészségügyi és szociális ellátás integráltan biztosított (European Commission, 2020).

Mivel az idősök gondozása törvényben előírt kötelesség, az ellátások nyújtásának biztosítása is az önkormányzatok felelőssége. Svéd ápolási rendszer szervezeti felépítését és a felelősségi köröket vizsgálva látható, hogy az önkormányzatok (290 db) felelősek az idősgondozásért, beleértve az otthoni ápolást és az intézményi ellátást, míg a megyei tanácsok (21 db) felelősek az egészségügyi ellátásért, beleértve a kórházi és szakellátást. Az egészségügyi és szociális szolgáltatások szoros együttműködésben működnek. Az igényléseket a helyi önkormányzathoz kell benyújtani. Itt történik a kérelmek elbírálása, valamint az ellátások finanszírozása és nyújtása is az önkormányzat feladata. Az ápolási szolgáltatások finanszírozásának 85-90%-át az önkormányzati adók fedezik. A felhasználók körülbelül 4-6%-kal járulnak hozzá a költségekhez (felhasználói díj), jövedelemarányosan.

2007-ben a svéd kormány, valamint a Svéd Önkormányzatok Szövetsége létrehozta a szociális szolgáltatások és az egészségügyi ellátás országos minőségellenőrzési rendszerét, az Open Comparisons-t, amely az ellátás minőségét méri az önkormányzati szintű mutatók alapján. A

formális hosszú távú gondozás (mind a bentlakásos, mind az otthoni) minőségbiztosítási politikái a folyamatok és a ráfordítások minőségének ellenőrzésére összpontosítanak, nem pedig az eredményekre. Vannak mutatók az informális gondozás minőségére vonatkozóan is.

A svéd egészségügyi rendszer gyengéi: az ágyszámleépítés negatív eredményekkel járt; a rendszeres túlkihasználtság megszüntetése a munkaerőhiány miatt nehézségekbe ütközik; nem áll rendelkezésre elég általános orvos, ami hosszú várakozási időkhöz vezet. A minimális (3 hónap) várakozási időt jogszabály garantálja (EGVE, 2024).

17.4 Európán kívüli országok

17.4.1 USA

Az Egyesült Államokban az egészségügyi ellátás költségei az egyik legmagasabbak a világon. Ráadásul az amerikai egészségügyi rendszer rendkívül széttagolt, számos magánbiztosítót, állami programot (pl. a Medicaid és a Medicare), valamint különböző típusú egészségügyi intézményeket is magába foglal. Ez megnehezítheti a betegek számára a rendszerben való eligazodást, sőt, egyenlőtlenségekhez is vezethet az ellátásban, mivel nem minden egyén jut ugyanolyan típusú orvosi kezelésekre és szolgáltatásokhoz. Az Egyesült Államokban az ápolásbiztosítási rendszer összetett és több pilléren nyugszik, amelyek közül a legfontosabbak a Medicaid, a Medicare és a magán ápolásbiztosítások. Ezek a rendszerek különböző módon és mértékben biztosítanak hosszú távú ápolási szolgáltatásokat az idősek és fogyatékkal élők számára. A hosszú távú gondozás iránti széles körű igény ellenére az Egyesült Államoknak nincs nemzeti programja a tartós ápolás költségeinek fedezésére (MABISZ, 2025).

A hosszú távú ápolás drámai költségei ellenére, különösen a legtöbb idős ember erőforrásaihoz képest, kevés embernek van magán hosszú távú ápolási biztosítása. Ehelyett a hosszú távú ápolás költségeinek nagy részét állami programok viselik. A két fő állami program, amely fedezi az ilyen ellátást, a Medicare és a Medicaid. Ez a két program együttesen a formális hosszú távú ápolási költségek 63 %-át fizeti, míg a költségek 19 %-át a lakosság zsebéből fizeti, és csak 10 %-ot fizet a magánbiztosító (MABISZ, 2025).

Közbiztosítás

A Medicare egy univerzális egészségbiztosítási program, amely mind az időseket, mind a fogyatékkal élőket lefedi, a 65 éves vagy annál idősebbek a beiratkozott népesség 86 %-át teszik ki, és a program költségeinek 79 %-át viselik. Ezt a szövetségleileg irányított programot egy külön béradó és az általános kormányzati források finanszírozzák. A Medicare hosszú távú ellátásának fedezete azonban azokra a szükségletekre korlátozódik, amelyek „orvosilag

szükségesek”, nem pedig az ADL-ek vagy a gondozói ellátás egyszerű támogatására; az idősek otthonában nyújtott ellátás fedezete 100 napra korlátozódik, és az egyének jelentős önrészt viselnek az ezen felüli ellátás után. Lényegében a Medicare hosszú távú ellátása az akut ellátásra irányul, és nem a krónikus betegségekre; a kiadások nagy részét a kórházi utógondozásra fordítják.

A második állami egészségbiztosítási program, a Medicaid, az alacsony jövedelmű egyéneket célozza meg, és segítséget nyújt a mindennapi életvitel korlátozottságában. A program fedezetet nyújt a jogosult időseknek, valamint a gyermekes családoknak és a fogyatékkal élőknek, és a juttatások nagy része ismét az időskorú regisztráltaknak jut. A programot a szövetségi és az állami kormányzat közösen finanszírozza, de az egyes államok kezelik. Míg a szövetségi kormányzat meghatározza a program bizonyos paramétereit, a hosszú távú gondozásra való jogosultsági kritériumok (beleértve a jövedelemkorlátokat, a vagyonkorlátokat és a gondozási igényeket) államonként eltérőek.

Míg a Medicare fedezete korlátozott a fedezhető ápolási napok számát tekintve, és megköveteli, hogy az ellátás orvosilag szükséges legyen, a Medicaid határozatlan idejű fedezetet nyújt számos igényre, beleértve a gondozást is. A jövedelmi és vagyoni korlátokhoz hasonlóan az államok a fedezett szolgáltatások típusaiban is különböznek, különösen az otthoni gondozás tekintetében. Bár a Medicaid garantálja az idősek otthoni ellátását azok számára, akik egészségügyi és jövedelmi okokból jogosultak rá, az otthoni gondozás nem garantált, és gyakran vannak várólisták az ilyen ellátás igénybevételére.

Az otthoni ápolással ellentétben az idősek otthonában az ellátás költségeit viszonylag egyenlő arányban finanszírozza a Medicare és a Medicaid – mindkettő a teljes költségek közel 30 %-áért felelős. A magánkiadások, akár magánbiztosítás, akár egyéni zsebből fizetendő költségek, a teljes költség kevesebb mint 1/8-át teszik ki. Bár a Medicare általi fedezet rövid távú, míg a Medicaid a valóban hosszú távú ellátás nagy részét fedezi. Ezzel összhangban az idősek otthonában lakók többségének költségeit a Medicaid fedezi a Medicare helyett, vagy magánforrásokból fizetik a tartózkodásukat.

Magánbiztosítás

Amint azt fentebb említettük, a magán hosszú távú ápolási biztosítások piaca viszonylag kicsi; az idősek 10-15 %-a rendelkezik magánbiztosítással, és az idősek otthonában nyújtott ellátás költségeinek csak 12 %-át finanszírozza ilyen biztosítás. A magánbiztosítással rendelkezők tehetősebbek és magasabb jövedelemmel rendelkeznek, mint azok, akiknek nincs, de úgy tűnik,

hogy egészségi állapotuk nem jelentősen rosszabb. A magánbiztosítással nem rendelkező csoport egyes tagjainak esetleg semmilyen fedezetük sincs, és ezeket a költségeket saját forrásaikból kell fedezniük. Mások azonban valószínűleg kellően alacsony jövedelemmel és vagyonnal rendelkeznek ahhoz, hogy jogosultak legyenek (vagy valószínűleg jogosulttá váljanak) a Medicaid-re, ha hosszú távú ápolásra szorulnának.

Az erősebb magánbiztosítási piac hiányát számos tényezőnek tulajdonították (Medicare lefedettség, a kétségek a biztosítótársaságok fizetési hajlandóságával kapcsolatban, a biztosító társaságok fizetőképessége, a kötvények magas költségei és a jövőbeni díjemelések kockázata), de idővel jelentős konszolidáció történt az iparágban, mivel sok biztosító kiesett a piacról (Gruber & McGarry, 2023). Az Amerikai Egyesült Államokban körülbelül 66 630 szabályozott hosszú távú ápolási intézmény működik a Nemzeti Egészségügyi Statisztikai Központ adatai szerint. Ezek az intézmények összesen körülbelül 6,9 millió embert látnak el.

A szükséges támogatási szinttől függően 5 féle hosszú távú gondozási lehetőségek állnak rendelkezésre az egyének számára:

- a) Felnőtt nappali ellátó központok: Ezek a központok professzionális programokat kínálnak, amelyek célja, hogy az egyének felügyelt gondozásban részesüljenek csoportos környezetben, strukturált tevékenységekkel. Egyes központok személyes gondoskodást, szállítást, gyógyszeres kezelést és étkezést biztosítanak.
- b) Otthoni egészségügyi ellátás: Az otthoni egészségügyi segítők professzionális szolgáltatásokat nyújtanak azoknak a személyeknek, akiknek otthoni személyes gondoskodásra van szükségük betegség vagy sérülés esetén.
- c) Lakóotthoni ápolási közösségek: Más néven segített lakhatási közösségek, ezek az intézmények támogatott környezetet biztosítanak azoknak az egyéneknek, akik már nem képesek biztonságosan egyedül élni, személyes gondoskodást és egészségügyi szolgáltatásokat nyújtva.
- d) Idősek otthonai: Ezek az intézmények több orvosi ellátást és felügyeletet nyújtanak, mint a lakóotthoni ápolási közösségek. Az ápolási otthonok személyes gondoskodási segítséget, gyógyszeres kezelést, terápiákat és rehabilitációt, valamint helyszíni ápolási ellátást biztosítanak a nap 24 órájában.
- e) Hospice központok: Ezek a központok orvosi ellátásra, fájdalomcsillapításra és érzelmi támogatásra specializálódtak a gyógyíthatatlan betegség utolsó stádiumában lévő egyének és családjaik számára.

17.4.2 Japán

Az ápolásbiztosítás bevezetésére német minta alapján, a társadalombiztosítás ötödik ágazatként került sor. Az ápolásbiztosításról szóló törvényt 1997. december 17-én fogadták el, és 2000. január 4-én lépett hatályba (Act No. 123 of 1997). A törvény előírja a finanszírozás háromévente történő kiigazítását, valamint a törvény, mint olyan, ötévente történő felülvizsgálatát. Japán ápolásbiztosítási rendszere (Long-Term Care Insurance, LTCI) a világ egyik legfejlettebb és integrált idősgondozási modellje, amelyet 2000 áprilisi bevezetése óta folyamatosan fejlesztenek a demográfiai kihívások és a társadalmi igények tükrében (OECD, 2023).

A teherviselők szerepét az önkormányzatok töltik be. Az intézmények fejlesztéséről és támogatásáról az állam gondoskodik. A prefektúrák feladata az önkormányzatok támogatása a szolgáltatások biztosításához. A biztosított személyeket felelősségteljes viselkedésre, a biztosítótársaságokat pedig együttműködésre kötelezik.

Az ápolásbiztosítás szolgáltatásaira a segítségre és ápolásra szoruló személyek jogosultak. A besorolásnak a szolgáltatások odaítélése tekintetében van jelentősége.

- *Ápolásra szoruló személy:* aki testi vagy szellemi fogyatékosága miatt a mindennapi élet során bizonyos műveletek elvégzése tekintetében (pl. tisztálkodás, székletürítés, táplálkozás) tartósan, előre láthatóan a miniszteri rendeletben megszabott hat hónapon keresztül, teljesen vagy részben ápolásra szorul.
- *Segítségre szoruló személy:* akik a fenti műveletek tekintetében mások segítségére szorulnak, de a fenti értelemben nem tekinthetők ápolásra szorulóknak.

Az ápolásra szorulók várakozási idő nélkül megkapják a szolgáltatást, a segítségre szorulók csak abban az esetben, ha a kormányrendeletben felsorolt valamely időskorral összefüggő megbetegedés (pl. Alzheimer, Parkinson) miatt ápolásra és segítségre szorulnak. Amennyiben az ápolásra és segítségre szorultság nem az életkorral függ össze, a második csoportba tartozók (segítségre szoruló) nem az ápolásbiztosítás, hanem a fogyatékosügyi ellátás keretében részesülnek szolgáltatásban. A 65. életévüket követően aztán minden egyéb vizsgálat nélkül átsorolják őket az első csoportba, és az ápolásbiztosítás szolgáltatásaiban részesülnek.

Az ápolásra szoruló otthoni és intézményi ellátásban, ezzel szemben a segítségre szoruló csak otthoni ellátásban részesülnek. Az otthoni ápolási szolgáltatások tartalma: ambuláns ápolás, segítség a háztartásban, ambuláns fürdetés, ambuláns betegápolás, orvosi és fogorvosi ellátás, nappali ápolás és rehabilitáció, rövid idejű ápolás és rehabilitáció, demens betegek ún. „Group-

Homes” keretében történő gondozása, bizonyos intézményekben (időotthon, ún. gondozott lakás) lakók gondozása, segédeszköz-kölcsönzés.

A segítségre és ápolásra szorulóknak csak a minisztérium által meghatározott összeghatárig igényelhetik az otthoni ápolási szolgáltatások költségeinek fedezését. Az otthoni ápolás személyes ápolási terv alapján történik, amit a kijelölt esetmenedzser állít össze (Yamada & Arai, 2020). Az intézményi szolgáltatások tartalma: ápolási terv, szállás, étkeztetés, gondozás, betegápolás, terápia. Ezek csak bentlakásos ápolási intézményekben vehetők igénybe. Az ápolási tervet az intézmény alkalmazásában levő esetmenedzser állítja össze.

Az ápolásbiztosítás keretében három intézménytípust különböztetnek meg:

- a) *Az időskori jóléti ellátás ápolási intézményei:* az időskorúak jólétéről szóló törvény alapján állami támogatással épültek, működtetésükre a szociális jóléti rendszer keretében kerül sor.
- b) *Időskorúak egészségügyi intézményei:* állami támogatással épültek, működtetőik orvosok és jogászok, céljuk a kórházakból elbocsátott betegek rehabilitációja, ezért az itteni tartózkodás hat hónapra korlátozódik.
- c) *Ápolás és kezelés céljából létesített egészségügyi intézmények:* ezek időskorúak részére létesített speciális kórházak, amelyek kórházi osztályokkal és ágyakkal rendelkeznek, a betegbiztosítás intézményeiként működnek, céljuk az időskorú, gyógyíthatatlan betegek hosszú távú orvosi kezelése.

A biztosítottaknak kérelmet kell benyújtani az illetékes önkormányzathoz a segítségre és ápolásra szorultság megállapítására, az önkormányzat pedig egy két szakaszos eljárást folytat le:

- 1) Egy önkormányzati alkalmazott meglátogatja otthonában a kérelmezőt, megvizsgálja annak testi és szellemi állapotát, valamint környezetét; kitölti a minisztérium által kibocsátott kérdőívet, amelyben feltünteti észrevételeit (pl. az illető demenciában szenved); a kérdőívet a minisztérium speciális szoftvere értékeli; ennek eredménye az első szakértői vélemény;
- 2) Az önkormányzat megkereséssel fordul a háziorvoshoz a kérelmező testi és szellemi állapotára vonatkozóan; a háziorvos egy formanyomtatványban foglalja össze véleményét, ezt követően összehívják egy szakértői értekezletet, amelyen szakorvosok, ápolási intézményvezetők, ápolók, egyéb szakértők vesznek részt, megvizsgálják az első szakértői véleményt és a háziorvosi szakvéleményt; a szakértői értekezlet által

készített értékelés képezi a második szakértői véleményt, amelyet megküldenek az önkormányzatnak (Yamada & Arai, 2020).

A kötelező ápolásbiztosítási ágazat keretében minden 40 év fölötti polgárnak járulékot kell befizetnie az ápolásbiztosítás rendszerébe. Ez a biztosítás az alacsonyabb jövedelműekre is kiterjed, számukra a járulékfizetést a kormány biztosítja a szociális segélyekből. A költségek megoszlása: önkormányzatok 12,5%, prefektúrák 12,5%, állam 25%, biztosítottak hozzájárulása 50%. A biztosítottak első csoportja (65 évesek és annál idősebbek) jelenleg a szolgáltatások költségeinek 19%-át, a második csoport (a kötelező betegbiztosítás 40-64 év közötti tagjai) 31%-át viseli (Yamada & Arai, 2020).

Japánban több mint 1.400 üzemi egészségpénztár működik, amelyek a lakosság 59%-át lefedik. A 47 japán prefektúra mindegyike rendelkezik területi egészségpénztárral a foglalkoztatáson kívüli 75 éven aluliak számára. Az összes 75 év fölötti japán polgár automatikusan területi egészségpénztári biztosítással rendelkezik. A biztosítások fedezik a kórházi, az elsődleges ellátást, a szakorvosi szolgáltatásokat és a gyógyszerellátást. A kötelező ápolásbiztosítás fedezi a 65 év fölöttiek és a 40 év fölötti egészségkárosodott személyek szükségleteit, finanszírozza az otthoni ápolást, a lakás akadálymentesítését és fogyatékkal élők részére való átalakítását, a gyógyászati segédeszközöket, a hospice- és palliatív ellátást. Az ápolásbiztosítás finanszírozása fele- fele arányban adóforrásokból és szociális szempontok szerint arányos individuális járulékokból történik, amelyeket azonos arányban a munkáltatók és a munkavállalók viselnek. A biztosítók finanszírozása adóforrásokból és járulékokból történik. A biztosított személyek a járulékokon kívül egy 30%-os önrészt és különböző hozzájárulásokat kell fizetniük, amelyeknél szociális szempontok szerinti havi és éves maximumokat határoznak meg. Az egészségügyi szolgáltatásokért fizetett privát önrészek leírhatók az adóból (Ayumi et al, 2020).

Az öregedéssel járó problémákra reagálva a japán kormány létrehozta az Idősödő Társadalom Intézkedéseinek Irányelveit (Cabinet Office, 2018), hogy irányítsa az idősödő társadalom átfogó intézkedéseit különböző területeken, mint például a foglalkoztatás, a nyugdíj, az egészségügyi ellátás, az oktatás, a városrendezés és a technológiai innováció. Az Irányelv új típusú hosszú távú gondozási intézményt is kijelölt, amelyet integrált orvosi és hosszú távú gondozási intézménynek neveztek el és javasolta a meglévő hosszú távú gondozási orvosi intézmények átalakítását ilyen típusú integrált intézménnyé. Japánban jelenleg paradigmaváltás várható a gyógyulást kereső orvosi ellátástól, amely a betegségek szervspecifikus kezelésére összpontosít, a gyógyulást és támogatást kereső orvosi ellátás felé, amelynek célja a mindennapi

tevékenységek fenntartása és helyreállítása az életminőség maximalizálása érdekében végzett kezelésekkel (Ayumi et al, 2020).

17.4.3 Kína

Az „előregedő társadalom” nemzetközileg elismert klasszifikációjának figyelembevételével (a 60 év fölöttieknek az összlakosság körében való aránya legalább 10%, ill. a 65 év fölöttieké legalább 7%), Kína már tíz éve elérte ezt a küszöböt. Becslések szerint 2050-ben a 60 év fölöttiek aránya eléri a 31,1%-ot (438 millió), a 65 év fölöttieké a 22%-ot (320 millió). Az előregedés tekintetében Kínában a regionális különbségek is jelentősek. A nagyvárosokban, mint Sanghaj és Peking, valamint a partvidékeken, különösen hangsúlyos.

Kína az ápolás iránti növekvő igény kielégítése érdekében más országok tapasztalatainak átvételét és egy sajátos sanghaji ápolási modell kidolgozását, olyan ápolási szolgáltatási rendszer bevezetését tűzte célul, amelyben az ambuláns szomszédsági idősápolás dominál, a város intézményeiben nyújtott bentlakásos ápolásra pedig kiegészítő szerep hárul. A szomszédsági környezetben nyújtott ambuláns ápolás kínálatai az egyszerű háztartási tevékenységektől a mindennapi életben való gondozásig, a rehabilitációig és a betegápolásig terjednek. Az egyes településrészekben, utcátömbökben szomszédsági, egészségügyi szolgáltatási központok kiépítésére kerül sor, amelyek orvosi kezelés, valamint prevenció, betegápolási és rehabilitációs szolgáltatások integrált kínálatát nyújtják az időskorúak részére.

2012-ben Minghang városi kormányzat 11. ötéves tervében rögzítették az idősápolás ún. „90-7-3 modelljét”, azaz az időskorúak 90%-ának a hozzátartozók általi, 7%-ának a szomszédsági ambuláns ápolás keretében, valamint 3%-ának intézményben történő ellátását.

Az állami idősotthonokban elsősorban a mindennapi élet műveleteiben nyújtott segítség dominál. Betegség esetén az időskorúakat általában kórházakba helyezik át. Az idővesztés, a szállítással járó bonyodalmak, a pszichés megterhelés megelőzése érdekében a Minhang otthonban megteremtették a szakképzett orvosi team általi betegápolás feltételeit. Az orvosi kezelés költségeit és a gyógyszereket a betegbiztosítás viseli. A Minhang otthon rehabilitációs szakorvosa minden időskorú számára speciális rehabilitációs tervet dolgoz ki, és mindennapi foglalkozásokat végez velük. Így több mint száz időskorú személynél sikerült elérni bizonyos képességek helyreállítását (Gao et al, 2012).

17.5 Egyéb előtakarékosági rendszerek

Az állam nyugdíjat fizet az időseknek és gondoskodik a lakosság egészségügyi ellátásáról is – mégis nagyon fontos, hogy ezeket az állami szolgáltatásokat a saját jövedelmünkből is

kiegészítsék. Ráadásul nyugdíjra vagy egészségügyi célokra megtakarítani érdemes elkezdni, amint elkezdünk rendszeres bevételhez jutni. Nem véletlen, hogy az állam is igyekszik rávenni a hosszú távú öngondoskodásra az állampolgárokat. Az egészségügyi előtakarékosági számlák rendszere (Medical Saving Accounts, **MSA**) az egészséggel kapcsolatos pénzügyi kockázatok kivédésének egyik formája. A rendszerben az egyéni számlán felhalmozott pénz kamatozik és elhalálozás esetén örökölheto. Előnye az öngondoskodás előtérbe helyezése és a moral hazard megszüntetése, míg hátránya a horizontális kockázatmegosztás.

Az egészségügyi megtakarításokat először a nemzeti egészségügyi finanszírozás alternatív módjaként mutatták be a világnak Szingapúr Medisave programjában, már az 1980-as években. Ez a népesség elöregedésével kapcsolatos aggodalmakon és az egészségügyi ellátás jelenlegi állami kifizetési módjain alapult, akár adók, akár biztosítás révén, mivel az ilyen felosztó-kirovó finanszírozási rendszerek magasabb éves adókat vagy díjakat eredményeznek. Az ilyen rendszerek fenntarthatatlanok a gyors népesséögredés és a fiatalok számának jövőbeli csökkenése miatt. Mostanában ezeket az orvosi megtakarításokat az egészségügyi ellátás finanszírozására használják fel.

A rendszer lényege, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg közé beékelődik egy harmadik szereplő, a finanszírozó (third-party payment), melynek sajátos érdekei mellett (saját szervezetének növekedése, bürokratikus ellenőrzés) az orvos és beteg érdekelttségét úgy befolyásolja, hogy mindketten érzéketlenné válnak a költségekre. Ezért az egyén érdekeltté válhat abban, hogy az orvosilag indokoltnál több egészségügyi szolgáltatást vegyen igénybe. Ezt úgy próbálták ellensúlyozni, hogy a szolgáltatások igénybevételekor a beteg jelentős arányú önrészt köteles fizetni (copayment).

A biztosított saját, elkülönített MSA számláról fizeti a gyógykezelés díját. A biztosító az egészségügyi ellátás igénybevételekor a számlát az MSA-n felhalmozott megtakarításaiból fizeti. Ha az egészségügyi kiadások az adott évben meghaladják az előre meghatározott felső határt, belép egy kiegészítő biztosítási konstrukció (catastrophic insurance) amely az előre meghatározott önrészesedést, azaz az alsó határt meghaladó összeget korlátlanul magára vállalja. Ha a biztosított a biztosítási időtartam alatt a számlán felhalmozott összeget nem használja fel, akkor azzal szabadon rendelkezhet.

A *szingapúri Medisave* nemzeti egészségügyi megtakarítási rendszer lehetővé teszi a szingapúri lakosok számára, hogy jövedelmük egy részét félretegyék egy Medisave-számlára, hogy fedezzék személyes vagy közvetlen családtagjaik jövőbeni kórházi kezelését, egynapos sebészeti ellátását és bizonyos járóbeteg-ellátási költségeit. A Medisave bevételeit a

munkaadók és munkavállalók között fele-fele arányban megoszló 40%-os bérjárulék biztosítja, mely mindkét csoport számára levonható az adóból. Egy előre meghatározott vagyonkeret felett a befizetések átkerülnek egy másik számlára, amelyről a biztosított személy 55. életévének betöltése után szabadon rendelkezhet. A Medisave számláról csak egészségügyi célú kiutalásokat, azon belül is csak kórházi kifizetéseket lehet teljesíteni a biztosított, vagy vele egy háztartásban élő családtagja számára. E rendszer keretében a szingapúri alkalmazottak havi fizetésük 6–8%-át (korcsoporttól függően) fizetik be egy személyes Medisave-számlára. A megtakarításokat fel lehet venni a számlatulajdonos és közvetlen családtagjai kórházi számláinak kifizetésére. Minden Medisave-tag egyben Medishield-tag is, kivéve, ha a számlatulajdonos nem kéri a kilépés engedélyezését. A Medishield-rendszerben részt venni nem kötelező. A Medishield a kiemelkedően magas költségű betegségek gyógyítását fedezi, 75 éves korig lehet igénybe venni.

Az amerikai MSA-rendszer célja az egyenlő hozzáférés biztosítása, a forrásgyűjtés és annak felmérése volt, hogy milyen mértékben képes ez a biztosítási modell az egészségügyi kiadások megfizetésére. Az MSA-programban az adókedvezmények rendszerét kiterjesztették azokra a kis- és középvállalkozókra, akik nem tudtak, vagy nem akartak managed care típusú biztosítást kötni. Az amerikai MSA tulajdonképpen magas önrészesedéssel működő katasztrófabiztosítás és kamatozó bankszámla kombinációja, a bankszámlára elhelyezett pénzösszeg teljes egészében jövedelemadó-mentes. A befizetéseknek alsó korlátjuk nincs, felső korlát az évente fizetendő önrészesedés 65–75%-a. MSA-modell jobban ösztönzi a biztosítottakat arra, hogy csak a legszükségesebb mértékben vegyék igénybe az orvosi ellátást. A katasztrófabiztosításért levont díj után a maradék összeg a számlán marad és kamatozik, amennyiben orvosi ellátásra nem kerül sor (Karner, 2008). Az egészségmegtakarítási számlák (Health Saving Account, HSA) és a rugalmas költési számlák (Flexible Spending Account, FSA) két olyan juttatás, amelyet számos munkáltató kínál, és amelyek adózás előtti dollárokat különítenek el az orvosi kiadásokra. A HSA-k és az FSA-k, bár szerkezetileg hasonlóak, különböző célokra szolgálnak, és ennek megfelelően kell őket használni.

Az **egészségmegtakarítási számla (HSA)** egy adókedvezményes számla, amelyet magas önrésszel rendelkező egészségbiztosítással (HDHP) rendelkező személyek számára hoztak létre, hogy meghatározott orvosi költségekre takarítsanak meg. A számlára az egyén, önálló vállalkozó vagy a munkáltató teljesít befizetéseket, és azok éves maximális összegre korlátozódnak.

A HSA-k célja, hogy segítsék a magas önrészt egészségbiztosítással rendelkezőket abban, hogy adómentesen pénzt takarítsanak meg az önrészek és a térítések, valamint más minősített orvosi kiadások kifizetésére. A HSA-ba befizetett összegek idővel befektetésre kerülnek, és meghatározott orvosi költségek, például orvosi, fogászati, látásvizsgálati és vényköteles gyógyszerek kifizetésére használhatók fel. A HSA-k háromféle adókedvezményt kínálnak, és a HSA-ban megtakarított pénz befektethető a piacokon, hogy jobb hozamot érjenek el a befizetések után. A számlán megtakarított pénz befektetési alapokba, részvényekbe és tőzsdén kereskedett alapokba fektethető be; minden befektetési nyereség adómentes. A HSA-ból a jogosult költségek fedezésére kifizetett összegek mentesek a jövedelemadó alól. Az FSA-kal ellentétben a HSA-knál nincs „használd vagy elveszíted” szabály; a pénz a számlán marad, és a jövőben bármikor felhasználható; és a létrehozott számla típusától függően kamattal vagy befektetési hozammal gyarapodhat. Amikor eléri a 65. életévét, alapvetően úgy kezelheti a HSA-ját, mint egy nyugdíj-megtakarítási számlát (Norris, 2025).

Bár a szövetségi kormány megpróbálta az amerikaiakat a HSA-k felé terelni, és a közelmúltbeli jogszabályokban széles körben elérhetővé tette a HSA-kat, a felmérések szerint az egészségmegtakarítási számlákhoz hozzáférők 40%-a nem érti teljesen, hogyan működnek a számlák.

A **rugalmas költségkeretnek** is nevezett FSA-kba történő befizetések adózás előtti alapon történnek, és szélesebb körű tevékenységeket fednek le, de minden évben fel kell használnia, különben elvesznek. Ez az ún. „használd vagy elveszíted” opció. Az FSA hasonló a HSA-hoz, de van néhány lényeges különbség. Egyrészt a munkáltató – nem az alkalmazott – birtokolja az FSA-t. Másrészt az önálló vállalkozók nem jogosultak rá. Az FSA egyik legnagyobb előnye, hogy beállítható függő gondozási FSA-ként (DCFSA), hogy lehetővé tegye a gyermekgondozási költségekre történő kifizetéseket. Lehetséges egy különálló, rendszeres FSA is az orvosi költségek fedezésére, a vállalat tervétől függően. A HSA-hoz hasonlóan az FSA-hoz is hozzájárulhat a munkavállaló a bruttó fizetéséből, így a befizetései adómentesek. A juttatási tervtől függően a munkáltatója is hozzájárulhat az FSA-hoz. Amíg a forrásokat jogosult orvosi költségek fedezésére használja fel, valószínűleg nem kell adót fizetnie a kifizetések után.

Az egészségügyi FSA orvosi költségekre, vény nélkül kapható termékekre, fogászati ellátásra és látásgondozásra használható, míg az eltartottak gondozására szolgáló FSA olyan szolgáltatásokra, mint az óvoda, a nyári napközi tábor és a gyermek vagy eltartott felnőtt napközi ellátása.

Az éves számlára befizetett összeget levonják a jövedelemadó levonása előtti fizetéséből. Ez a levonás csökkenti az adóköteles jövedelmet, így adó takarítható meg. A visszatérítéshez számlákat és dokumentációt kell benyújtani, vagy használható bankkártya a költségek kifizetéséhez. (Ez a beállítás gyakori az egészségügyi FSA-k esetében.) Az FSA-t felhasználhatja a munkavállaló a saját kiadásaira, vagy házastársa vagy bármely eltartottja által felmerült kiadásokra, akiket az adójában elszámol (Norris, 2025).

Széleskörben nyújtott szolgáltatások jellemzője, piramisa

Az ápolásbiztosításban a széleskörben nyújtott szolgáltatások a rendszer egyik kulcselemei. Azt jelzik, hogy az ellátás nem csupán intézményi gondozásból áll, hanem több szinten és formában támogatja az ápolásra szoruló személyeket és családjaikat. Az ápolásbiztosítás különböző intenzitású és típusú ellátásokat kínál, az egyszerű házi segítségnyújtástól az intézményi elhelyezésig, lehetővé teszi, hogy az ellátást egyéni igényekhez igazítsák, rugalmas, személyre szabható szolgáltatásrendszert épít ki, és előtérbe helyezi az otthoni és közösségi alapú ellátást, nem csak az időotthoni ápolást.

Ezek a szolgáltatások különböző szinteken épülnek egymásra – ezt gyakran szolgáltatási piramissal ábrázolják. Ez a felépítés segít rendszerezni az ellátási formákat, és biztosítja, hogy a legkevesebb erőforrásigényű, mégis széles körben elérhető, legáltalánosabb szolgáltatásoktól haladjunk az egyénre szabott, speciális, intenzív beavatkozások felé (Blok et al, 2010).

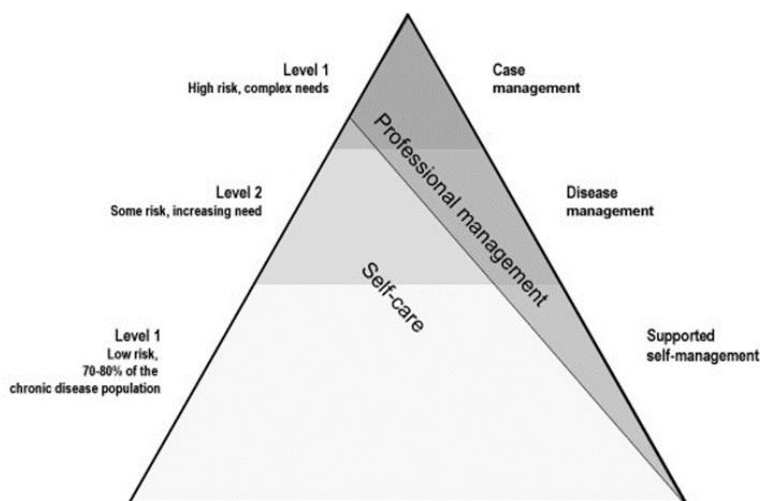
A piramis alján található azok a tömegesen elérhető, alacsonyszintű, megelőző vagy támogató jellegű szolgáltatások melyek a legnagyobb csoportot célozzák. Ide tartoznak például a telefonos tanácsadási szolgáltatások, az általános tájékoztatás, vagy olyan közösségi kezdeményezések, mint az ingyenes egészségügyi tanácsadás. Továbbá a prevenció, a szociális munka, a segédeszközök és digitális eszközök.

A piramis közepén helyezkednek el a közepes intenzitású, személyre szabott ellátások, otthoni és közösségi ellátások, amelyek lehetőséget adnak az önálló életvitelre. Ide tartozik az otthon végzett rendszeres ápolás, háztartási segítség, személyi gondozás (fürdetés, öltöztetés), a házi szakápolás (pl. sebek, injekciók), a nappali ellátás, éjszakai elhelyezés, időszakos bentlakás. Ez a terület magában foglalja a case management (eseti gondozásmenedzsment) modellt is, ahol a gondozás koordinálása, szakemberek bevonása és személyre szabott támogatás áll a középpontban.

A piramis csúcsát az intenzív, intervenciós és szakellátás jelenti, a folyamatos felügyeletet igénylő, súlyosabb állapotú emberek ellátása intézményi keretek között. Ide tartoznak a

bentlakásos intézmények (járóbeteg-ellátó szolgáltatások, idősek otthona, hospice, ápolási otthon), ahol komplex egészségügyi és ápolási igényeket elégítenek ki. Sokszor ide vezető lépés a köztes (intermediate) rehabilitációs ellátás is, ami csökkenti a kórházi újbóli felvétel esélyét és támogatja az otthoni visszatérést (Rostad et al, 2023).

17.1. ábra Kaiser Care modell



Forrás: Kantere et al, 2013.

Két példa említhető a rendszer szemléltetésére. Az első az amerikai Humana At Home, amely az egészségbiztosító integrált otthoni ellátó rendszere. A piramis aljában telefonos tanácsadás, a középső szinten otthoni beavatkozások és esetmenedzsment, a csúcson pedig komplex in-home ellátás áll (Rostad et al, 2023).

A másik a Kaiser Pyramid of Care, amely egy gyakran hivatkozott modell a krónikus betegségek kezelésében, amely szintén hierarchikus felépítést követ: alul a széleskörű prevenció, középen a célzott programok és önmenedzsment támogatása, a csúcson az intenzív klinikai gondozás. A Kaiser "Complete Care" modellje integrálja a klinikai információs rendszereket, döntéstámogató eszközöket, és az önmenedzsment támogatását, átívelve az egész populációt az egészségesektől a több krónikus betegséggel élő, komplex állapotú személyekig (Kantere et al, 2013).

Az integrált ellátások rendszere a hosszú távú ellátás (LTC) területén

A hosszú távú ellátás (LTC) célja azon személyek tartós támogatása, akik koruk, krónikus betegségük, fogyatékoságuk vagy más ok miatt önellátásra csak részben vagy egyáltalán nem képesek. Az integrált ellátási rendszerek ezen a területen különösen fontosak, mivel az

ellátottak jellemzően összetett, sokszor egyidejűleg jelentkező egészségügyi, szociális és mentális problémákkal élnek, amelyek több szakterület összehangolt közreműködését igénylik.

Az integrált ellátás célja, hogy megszüntesse a szektorok közötti elhatároltságot, és egységes, személyre szabott, koordinált szolgáltatásláncot biztosítson. Az integráció több szinten is megvalósulhat: strukturális (intézményi), funkcionális (irányítási), pénzügyi (közös finanszírozás), információs (adatmegosztás), illetve klinikai (ellátási útvonalak összehangolása) szinten. Az integrált LTC rendszerek jellemzője a holisztikus megközelítés, amely az egyén szükségleteit állítja középpontba, nem pedig az ellátórendszer struktúráját.

A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy például egy demens idős személy esetében az egészségügyi szolgáltatások (háziorvosi ellátás, szakorvosi kontroll, gyógyszerelés), a szociális támogatás (házi segítségnyújtás, nappali ellátás, bentlakásos intézmény), valamint a családtagok támogatása és az esetmenedzsment együttesen, összehangoltan működnek. Ez lehetővé teszi a folytonos, megszakításoktól mentes ellátást, csökkenti a kórházi újrafelvételek számát, és javítja az életminőséget.

Az integrált LTC rendszerek egyik jó példája a Hollandiában működő **Buurtzorg-modell**, amely közösségi alapú ápolást kínál ápolói autonómiára építve. Az ápolók kis, önállóan működő csoportokban dolgoznak, nemcsak ápolnak, de egyszerre végzik az ellátást, a koordinációt, a családdal való kapcsolattartást és a gyógypedagógiai támogatást.

A rendszer egyszerre hatékony és személyre szabott, a betegszám és az adminisztráció csökkentése mellett javítja a betegek elégedettségét és csökkenti a sürgősségi beutalások számát, miközben költséghatékony marad. A Commonwealth Fund esettanulmánya szerint a Buurtzorg-csapatok 40 %-kal kevesebb ápolási órát használnak fel, miközben a betegek gyorsabban nyerik vissza az önállóságukat és kevesebbet kerülnek sürgősségire (Kanter et al, 2013).

Egy másik példa a Skandináv országok integrált idősgondozási rendszere, különösen Svédországban, ahol a helyi önkormányzatok felelősek mind a szociális, mind az alapvető egészségügyi ellátásokért. Ez megkönnyíti az ellátási formák közötti átjárhatóságot, és lehetővé teszi, hogy az idős emberek minél tovább otthonukban éljenek, megfelelő támogatással. A **Norrtälje-modell** lényege, hogy Norrtälje városában a helyi önkormányzat és a régió egy közös, integrált struktúrát hozott létre, a Tiohundra AB-t, amely felelős az egészségügyi és szociális ellátás koordinációjáért és közös finanszírozásáért. Az ellátók—házi gondozók, ápolók, orvosok—együttesen működnek, közös dokumentációs rendszerben dolgoznak, és

kinevezetett esetfelelős vagy gondozáskoordinátor (care coordinator) biztosítja az átmeneteket a kórházi, alapellátási és otthoni ellátás között, és felügyeli az ellátás teljes folyamatát. A modell négy szintű integrációt valósít meg: szerkezeti, pénzügyi, adminisztratív és klinikai, és különösen sikeres a demens, krónikus betegséggel élők esetében (Back & Calltrop, 2015).

Az integrált ellátás másik formája a **case management**, amely során egy kijelölt szakember (gyakran ápoló vagy szociális munkás) követi nyomon az ellátott útját, szervezi az ellátásokat, és összehangolja az érintett szolgáltatókat. Ez magába foglalja az orvosi, szociális, rehabilitációs ellátások összehangolását, költséghatékonyságot és a napi élet minőségének javítását. A folyamat nem csak a kórházi időszakokra korlátozódik, hanem az otthoni követésig is tart, és különösen alkalmas krónikus, mentális vagy demens betegeknek, stroke-on átesett személyeknek, vagy súlyos mozgáskorlátozottak esetén, akik hosszú távon komplex szükségletekkel rendelkeznek. Vizsgálat igazolta, hogy a case management programokban dolgozó szakemberek jól működő rendszert építenek ki, amely magas beteg- és hozzátartozói elégedettséggel jár (Minkman et al, 2009).

Magyarországon az LTC integrációja még kezdeti szakaszban van, de néhány jó példa már létezik, például egyes egyházi vagy civil fenntartású bentlakásos intézményekben, ahol az orvosi, szociális és mentálhigiénés ellátás egymással szorosan együttműködik. A házi segítségnyújtás és az idősek nappali ellátása közötti átjárás, valamint az otthonápolási szolgálatok és háziorvosok közötti együttműködés is jó alapot teremthet az integrált LTC fejlesztéséhez. Az integrált hosszú távú ellátások kiépítése nemcsak a rendszer hatékonyságát növeli, hanem hozzájárul az ellátottak emberi méltóságának megőrzéséhez, önrendelkezésük tiszteletben tartásához és az ellátás személyessé tételéhez. A jövő kihívása az ellátórendszerek közötti átjárhatóság további erősítése, az információáramlás és finanszírozás integrálása, valamint az emberközpontú, közösségi alapú ellátások fejlesztése.

17.6 Nemzetközi „jó” gyakorlatok

Azokat a megoldásokat értjük ez alatt, amelyek hatékonyan működnek más országokban vagy régiókban, és adaptálhatók más egészségügyi rendszerekbe is.

17.6.1 Japán

Helyi közösségi integrált ellátás (*Community-based Integrated Care System, ICCS*)

Japán az LTC reformok során 2006-ban indította el az úgynevezett community-based integrated care system-et, melynek célja, hogy az idősek a saját közösségükben, 24/7 elérhető szolgáltatásokkal élhessék életüket, minimalizálva a kórházi bentlakás szükségességét. Ennek

központjában a Community General Support Centre-ek állnak, melyeket professzionális csapat működtet: közegészségügyi ápolók, szociális munkások és LTC támogatók koordinálják a helyi szolgáltatókat, civileket, önkormányzatokat.

A rendszer 2012-ben kiterjesztette a szolgáltatásokat: napi szintű otthoni látogatásokat és kisméretű multifunkcionális otthongondozást vezetett be, amelyek kombinálják az ápolást és az egészségügyi ellátást. Az LTC biztosítás keretében preventív programok – mint közösségi „salonok”, életviteli tanácsadás vagy önkéntes támogatás – elérhetőek azok számára, akik még önellátásban vannak, de enyhe igény mutatkozik a támogatásra. Mindezek mellett szigorú minőségi ellenőrzés, értékelési rendszer és infrastrukturális beruházás (pl. integrált LTC–orvosi létesítmények) garantálja a magas szintű szolgáltatást (Tsutsui 2014).

17.6.2 Németország

Regionális integrált ellátási hálózat, pl. *Gesundes Kinzigtal*.

Németországban a *Gesundes Kinzigtal* modell vált világszerte ismertté. Az 2005-ben alapított modellt orvosi hálózatok és biztosítók közös regionális vállalkozása üzemelteti, amely hosszú távú, lakosság-alapú integrált ellátást kínál. A program tartalmaz prevenciós programokat, életmód-támogatást (wellness bérletek, táncóra, aqua-aerobik), „beteg-egyetemi” oktatást és célzott gondozást krónikus betegek számára. Emellett egységes, rendszeres elektronikus betegadatokkal támogatják a team-alapú döntéshozatalt és professzionális együttműködést.

A modell az ún. "Triple Aim" célkitűzések felé törekszik: jobb betegellátás, egészségesebb lakosság, és költségkontroll. Értékelések kimutatták, hogy a *Kinzigtal* régióban 6–17 %-kal alacsonyabb költségekkel, kevesebb sürgősségi beutalással és jobb egészségügyi eredményekkel működik, mint hasonló régiók esetében.

17.6.3 Hollandia

Buurtzorg – önálló ápolói csoportok a közösségben

A Buurtzorg 2006-ban alakult, és azóta világszerte elismert modell lett. Önrányított, 10–12 fős ápolói csapatok végzik a járóbeteg szintű, átfogó házi ápolást, beleértve a személyes higiéniai és szociális gondozási feladatokat is. A csapat egyszerre viseli a szakmai és adminisztratív feladatokat, minimalizálva a bürokráciát és maximalizálva az ápolói autonómiát. Ez az egyszerű, de hatékony struktúra lehetővé teszi, hogy az ápolók több időt fordítsanak az ellátottakra, javítva a beteg elégedettségét és csökkentve a szükséges ellátási órák számát. A Buurtzorg olyan eredményeket ért el, mint a kórházi beutalások csökkenése (~40 %), rövidebb ápolási időszakok, és jelentősen elégedettebb ápoltak. A holland modell adaptálásával más

országokban is próbálkoztak (pl. Wales, Nagy-Britannia), de a sikereket gátolják az intézményi struktúrák és pénzügyi rendszerek.

A holland elsődleges ellátási rendszer további sajátossága az ápolói hivatás kiemelt jelentősége. A szakápolók széles feladatkörrel rendelkeznek, önálló kompetenciájuk körében gyógyszer írhatnak fel és endoszkópos vizsgálatot végezhetnek. A tartós és bentlakásos intézményi ápolás, amelyet Hollandiában erőteljesen támogatnak, kifejezetten az ápolók felelősségi körében valósul meg. A munkaerőhiány problémája ugyan Hollandiában is jelen van, az elmúlt évtizedben azonban a hivatás vonzereje folyamatos beáramlást eredményezett az ágazatba. [40]

17.6.4 USA

A magánpiac további fejlődésének ösztönzése érdekében az állami és szövetségi kormányok különféle adókedvezményeket biztosítottak az általános kötvényvásárláshoz és a partnerségi tervekhez, amelyek lehetővé teszik az egyének számára, hogy kihasználják az állami és magántámogatást. A „minősített” hosszú távú ápolási biztosítások díjai orvosi költségnek minősülnek, és adólevonhatók. A partnerségi tervek olyan hosszú távú ápolási biztosítási tervek, amelyek az állami Medicaid tervekhez kapcsolódnak. Az ilyen kötvényeket vásárló személyek jogosultak lehetnek Medicaid fedezetre annak ellenére, hogy vagyonuk meghaladja a Medicaid limiteket. Ez a gyakorlat lehetővé teszi az egyének számára, hogy bizonyos mennyiségű vagyont megőrizzenek, amely jellemzően megegyezik a magán hosszú távú ápolási biztosítás által fizetett összeggel, és Medicaid finanszírozást kapjanak a hosszú távú ápolásra, amikor (és ha) a hosszú távú ápolási költségek meghaladják a biztosítási limiteket. A magánellátás csökkenti az állam Medicaid-kiadásait, mivel a tartózkodás kezdeti költségeit magánúton fizetik, és lehetővé teszi az egyének számára, hogy megtartsák a forrásaikat, ha kilépnek a hosszú távú ápolásból, vagy ha más célokra szeretnének félretenni bizonyos forrásokat (például örökséget hagyni a gyermekekre). Ezek a biztosítási csomagok növelik a hosszú távú ápolási biztosítások vásárlását, és csökkentik a Medicaid igénybevételét (MABISZ, 2025).

17.6.5 Svédország

A hosszú távú gondozás egyik fő célja a gondozásra szorulóknak otthonban tartása, ezért a svéd rendszer ösztönzőket biztosít az önkormányzatoknak az otthoni gondozás megszervezésére. Ezt a stratégiát követve Svédországban az OECD-n belül az egyik legnagyobb csökkenés volt tapasztalható a hosszú távú gondozási ágyak számában, valamint az otthoni hosszú távú gondozásban részesülők arányának egyik legjelentősebb növekedése.

A szolgáltatók közötti versenyt a teljesítményjavítás fontos eszközének tekintik. Az önkormányzatok jelentős önállósággal rendelkeznek az idősgondozási szolgáltatások nyújtására vonatkozó engedélyek kiadásában, az árak meghatározásában és a megfelelés ellenőrzésében.

Svédország pénzügyi ösztönzőket használt a változások irányítására. 2010-től kezdődően voltak olyan esetek, amikor a központi kormányzattól az önkormányzatoknak nyújtott éves transzferek az idősgondozás eredményein alapuló teljesítménycélokat tartalmaztak (MABISZ, 2025).

17.2. táblázat Ápolásbiztosítási rendszerek összehasonlítása

Ország	jogosultság kritérium rendszere	kiket vonnak be, kik kapnak ellátást	finanszírozás módja, megosztása, köz /magán	kapacitások	QI
Németország	jogosultság megállapítása egy 5 fokozatú skála alapján a legkisebb segítségigénytől a teljes ellátásra szorultságig	ápolási ellátásra jogosultság feltétele, az elmúlt 10 év során legalább 2 év biztosított jogviszonnyal kell rendelkezni	járulékalapú, kötelező biztosítási rendszer, finanszírozása a felosztó-kirovó elv szerint történik, az aktuálisan dolgozó biztosítottak által befizetett járulékokból fedezik a jelenlegi jogosultak ellátásait	A biztosítás kétféle ellátási formát kínál: pénzbeli támogatás és természetbeni szolgáltatás.	Pflege-TÜV nevű rendszer keretében külső auditorok vizsgálják az intézmények működését
Hollandia	jogosultság nem életkorhoz, hanem tartós szükséglethez kötött: gyermekek, felnőttek és idősök egyaránt jogosultak lehetnek	1. tartós, napi 24 órás felügyeletet vagy folyamatos gondozást igénylők 2. kevésbé súlyos, egészségügyi jellegű otthoni ápolási szolgáltatások igénybe vevői 3. szociális támogató szolgáltatások igénybe vevői	finanszírozás felosztó-kirovó elven működik: a biztosítottak jövedelemarányos járulékokat fizetnek. A biztosítás kötelező, a jogosultak emellett egyéni hozzájárulást is fizetnek jövedelemtől és vagyoni helyzetétől függően	1. Bennfekvéses ellátás 2. Otthoni ellátás intézményi csomaggal, két formában: - teljes intézményi ellátás otthon, - részszer szolgáltatások otthon, kombinálva más jogcímekkel 3. Személyre szabott költségkeret	A szolgáltatások értékelése országosan egységes páciens-élmény indikátorokkal történik, szempontok: - a kommunikáció minősége, - a személyes autonómia - az ellátók tisztelettudó viselkedése, - a fizikai környezet, - a biztonságérzet.
Ausztria	A jogosultság alapja: tartós (legalább 6 hónapja fennálló), napi szinten jelentkező segítség szükségessége a mindennapi életvitel során.	ápolásra szoruló személyek, akik a kötelező nyugdíjbiztosítás keretében nyugdíjban, a balesetbiztosítás keretében teljes nyugdíjban, vagy a köztisztviselők különleges nyugdíjrendszerében ún. alapellátásban részesülnek.	nem biztosítási logikán alapuló szolgáltatás-finanszírozás, hanem egy univerzális, adóalapú pénzbeli ellátás (ápolási díj), amely a gondozási szükséglet pénzügyi kompenzációjára szolgál.	célja az, hogy a családot (mint informális gondozót) pénzügyileg támogassa. Emellett tartalmaz: - az otthonápolás és házi segítségnyújtás, - az idősök nappali központjai, -átmeneti és tartós bentlakásos intézmények, - speciális ellátások demens vagy súlyosan fogyatékos személyek részére, - otthoni szakápolás	Az ellátás minőségét a következő dimenziók mentén méri: - az ellátottak egészségi állapotának változása - a gyógyszerhasználat és egészségügyi beavatkozások gyakorisága, - az ellátottak és hozzátartozóik elégedettsége, - a személyzet szakmai felkészültsége és fluktuációja.
Svédország	A saját magukat ellátni képtelen vagy szükségleteik kielégítésére más módot nem találó személyek támogatásra jogosultak. Minden svéd lakos jogosult ápolási szolgáltatásokra, nem jövedelem, hanem szükséglet alapján.	A szociális rendszer fedezete kiterjed minden Svédországban lakóhellyel rendelkező vagy dolgozó személyre, ha a tartózkodás időtartama feltehetőleg meghaladja az 1 évet.	A szociális biztonsági rendszer lényegében a nemzeti biztosítás elvén alapul.	A rendszer az "ageing in place" (otthon maradás) elvén alapul, amely lehetővé teszi az idősök számára, hogy saját otthonukban maradjanak, miközben szükség esetén ápolási és szociális szolgáltatásokat kapnak.	Open Comparisons: országos minőségellenőrzési rendszer

Japán	A 65 év feletti biztosítottak esetében elegendő az ápolási szükséglet fennállása, míg a 40–64 év közötti korosztály csak bizonyos meghatározott betegségek esetén jogosult.	40 év feletti kötelező jelleggel vonódnak be, a 40-64 éves korosztály kizárólag bizonyos krónikus betegségek esetén jogosult szolgáltatásra, a 65 év feletti életkortól függetlenül jogosultak, amennyiben tartós ápolásra szorulnak	Hibrid finanszírozási struktúra, amely két fő pilléren nyugszik: az állampolgárok által fizetett járulékokon és a központi, illetve helyi önkormányzati költségvetési hozzájárulásokon.	Különösen gazdag szolgáltatási spektrummal rendelkezik, a jogosultak választhatnak az otthoni szolgáltatások és az intézményi ellátás között.	VENUS-indikátorrendszer: nyolc életminőség-alapú dimenzióban meghatározott indikátorok
USA	A Medicaid szolgáltatásaihoz való hozzáférés a jövedelmi- vagy vagyoni küszöbökön túl funkcionális értékeléshez is kötött: az egyénnek be kell bizonyítania, hogy nem képes alapvető napi tevékenységek önálló ellátására	A Medicaid csak jövedelmi és vagyoni vizsgálat után elérhető, így az emberek jelentős része csak akkor jogosult, ha vagyona kimerül. A Medicare az idősök egészségügyi ellátására szolgál, kizárólag rövid távú, rehabilitációs célú ápolási szolgáltatásokat térít meg, a kórházi kezelés utáni 100 napon belül.	Hibrid rendszer, amely különböző állami programok (főként Medicaid), magánbiztosítás, valamint jelentős mértékű önfinanszírozás kombinációján alapul.	A szolgáltatások három formára oszthatók: 1.Intézményi ápolás, túlnyomórészt Medicaid finanszírozott ellátások 2.Otthoni és közösségi alapú szolgáltatások, 3.Assisted living, amely félúton helyezkedik el az otthoni ellátás és az ápolási otthon között - jellemzően magánfinanszírozott formában, a Medicaid csak kevés államban téríti.	Az indikátorok a strukturális, folyamat és eredményalapú dimenziókat egyaránt lefedik. Ezek az adatok több forrásból (állami ellenőrzések, a szolgáltatók önértékelési adatai, kórházi adatok) származnak

Forrás: Szerzők, saját kidolgozás

17.7 Javaslatok a magyar hosszú távú gondozási rendszer fejlesztésére

A magyarországi hosszú távú gondozási (LTC) rendszer jelenlegi állapota számos tekintetben elmarad a nemzetközi bevált gyakorlatoktól, és nem felel meg sem a várható demográfiai kihívásoknak, sem az Európai Unió által megfogalmazott stratégiai célkitűzéseknek. A széttagolt intézményi struktúra, az elégtelen finanszírozás, a korlátozott szolgáltatási paletta, valamint a munkaerőhiány rendszerszintű átalakítást igényel. Szabályozással, intézményfejlesztéssel és kiegészítő finanszírozással meg kell oldani azt a kihívást is, hogy a bentlakásos idős ellátó otthonokban egyre nagyobb arányban kell egészségügyi szolgáltatást, főleg szakápolást is nyújtani. Ezt a problémát tárták fel korábbi tanulmányukban Cseh és munkatársai (Cseh, 2016) (Dózsa, 2025), valamint erre problémára / kihívásra reflektálva született meg az 1993. évi III. Szociális Tv. és az 1/2000-es (I.7.) SzCsM rendelet módosítása az ún szakápolási központok meghirdetésével, valamint tárgyi és humánerőforrás feltételeik leszállításával. A tartós ápolás-gondozás fontosságára hívja fel a figyelmet a korábbi szakminisztérium által is kidolgozott nemzeti stratégia (EMMI, 2020).

A 2022-ben elfogadott *Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care* (2022/C 466/01) [47] ajánlásai három fő pillérre épülnek: hozzáférés, minőség és fenntarthatóság. Magyarország a vonatkozó 2023. decemberi implementációs jelentés [48] szerint e célkitűzések teljesítésében korlátozott előrehaladást ért csak el: a jogszabályi környezet nem támogatja az integrált gondozási modellek elterjedését, nincs nemzeti LTC stratégia, a szolgáltatások földrajzi eloszlása egyenetlen, és nem működik egységes szükséglet felmérési rendszer.

17.7.1 Finanszírozás és hozzáférés

A hosszú távú gondozási közkiadások aránya Magyarországon a GDP 0,9-1,1%-a között mozog, miközben az OECD-átlag 1,7%, az igazán fejlett rendszerek (pl. Hollandia, Japán) pedig 2-4% között teljesítenek (OECD, 2023). A magyar közfinanszírozás túlnyomórészt az intézményi ellátási formákra koncentrál, miközben az otthoni, közösségi, és megelőző szolgáltatások alulreprezentáltak. A szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeket mutat, a kisebb településeken és a hátrányos helyzetű térségekben elégtelen az alapszolgáltatások kapacitása. A finanszírozási rendszer átalakítása szükséges, hogy a forráselosztás a valós szükségletekhez igazodjon, és támogassa az otthonközeli, személyre szabott ellátást. A közfinanszírozási arányt fokozatosan célszerű lenne legalább a GDP 1,5-2%-ára emelni, célzott fejlesztési

programokkal az otthoni és közösségi ellátások területén. Ennek lehetne az egyik pillére a szociális otthonok számára fizetendő kiegészítő normatíva a szakápolási tevékenységeik után (Cseh, 2016).

17.7.2 Finanszírozási innovációk

A fenntartható finanszírozás biztosítása érdekében szükséges egy többpillérű modell kialakítása, amely az állami felelősségvállalás mellett ösztönzi az öngondoskodási és társadalmi befektetési formákat. Ennek egyik alapeleme lehetne egy állami LTC Alap létrehozása, amely hosszú távú fejlesztési és működtetési forrásokat koncentrálna. Emellett célszerű lenne öngondoskodási ösztönzők bevezetése, például LTC célú egészség-megtakarítási számlák (*Medical Savings Account*).

További lehetőség a társadalmi-hatáskötvények (*Social Impact Bonds*) kibocsátása. Ezek olyan innovatív pénzügyi eszközök, amelyekben a magánbefektetők előfinanszírozzák egy szociálpolitikai beavatkozás költségeit, és az állam vagy más megrendelő csak akkor fizet vissza, ha a program igazoltan eléri az előre meghatározott társadalmi eredményeket. A modell célja, hogy ösztönözze az eredményorientált, mérhető hatású beavatkozásokat, miközben minimalizálja a közpénzek kockázatát a teljesítménygarancia révén (Social Finance, 2024). Ezek kötvényeket megelőző programokra, demencia-szűrésre és eredményalapú kifizetési modellekre lehetne alkalmazni. Az uniós forrásokat (például az EFOP Plus, REACT-EU vagy ESZA+ programokat) szintén be kell csatornázni a hosszú távú gondozási rendszer fejlesztésébe.

17.7.3 Beruházások ösztönzése

A hosszú távú gondozási kapacitások bővítése érdekében célszerű speciális támogatási eszközöket létrehozni az LTC-infrastruktúrák, kapacitások és szolgáltatások fejlesztésére. Komfortos bentlakásos intézmények, nappali ellátók, mozgássérültek házainak átépítése. Ennek részeként céltámogatási pályázatokat lehetne kiírni önkormányzatok, civil szervezetek és egyházi szereplők számára új otthoni, nappali vagy bentlakásos kapacitások kiépítésére. Emellett indokolt adókedvezmények biztosítása azon magánbefektetők számára, akik non-profit LTC fejlesztéseket valósítanak meg. Külön támogatást lehet nyújtani NGO-knak és közösségi szervezeteknek a helyi gondozási innovációk (idősklubok, önkéntes szomszédsági programok, demenciabarát közösségek) bevezetésére is.

17.7.4 Jogosultsági rendszer

Magyarországon jelenleg nincs országos, egységes és objektív szükségletalapú jogosultsági rendszer. A szolgáltatások elérése sokszor adminisztratív vagy intézményi kapacitásfüggő, nem pedig az egyéni gondozási igényeken alapul. A kínálat vezérelt rendszer nem biztosítja az ellátáshoz való egyenlő hozzáférést, és nem teszi lehetővé a megalapozott kapacitástervezést sem. Egy standardizált, szakmailag hitelesített szükségletfelmérési eszköz és értékelési protokoll bevezetése volna célszerű. Ez lehetőséget teremtene az ellátás célzott tervezésére, az esetmenedzsment rendszer kiépítésére, valamint a finanszírozási modell igazságosabbá tételére.

17.7.5 Munkaerőhelyzet

A hosszú távú gondozási szektorban dolgozók aránya Magyarországon az aktív népesség kevesebb mint 1%-a, míg az EU-átlag 3% körül mozog. A munkaerő túlnyomó részben nők, akik részmunkaidőben vagy bizonytalan foglalkoztatási formákban, alacsony bérért dolgoznak. A bérek a nemzeti átlagkereset 60%-át sem érik el. A munkaerőhiány strukturális: a pályaelhagyás magas, az utánpótlás alacsony, a szakmai előmeneteli lehetőségek korlátozottak. A szakpolitikai válasz egy országos ágazati munkaerőstratégia, amely:

- a) életpályamodellt és bérfelzárkóztatást biztosít,
- b) egységes kompetenciarendszert és szakképzési keretrendszert hoz létre,
- c) kiterjeszti a pszichoszociális támogatást (szupervízió, pihenőidő, védőfaktorok),
- d) fejleszti a szakmai presztízt és a vonzerőt a pályaválasztók körében (Eurofound, 2020)

17.7.6 Területi egyenlőtlenségek

A szolgáltatások területi egyenlőtlenségeinek mérséklése érdekében javasolt térségi szinten működő hosszú távú gondozási központok (LTC központok) létrehozása. Ezek a központok koordinálhatnák a térség ellátási kapacitásait, humánerőforrását, adatgyűjtését és minőségbiztosítását. Feladatuk lenne a szükségletfelmérések összehangolása, eset-tanácsadási és irányítási funkciók ellátása, szakmai továbbképzések szervezése, valamint együttműködés kialakítása az egészségügyi, szociális és civil szereplők között. Ez a modell jól illeszkedik a WHO által ajánlott „Integrated Care Organization” (ICO) koncepcióhoz, amely szerint a térségi integrátor szereplők erősítik az ellátási láncok hatékonyságát és átláthatóságát.

17.7.7 Informális gondozás – képzés, betanítás

A magyar LTC rendszerben az ellátási hiányokat túlnyomórészt családtagok, főként nők informális gondozási munkája pótolja. Ez az „láthatatlan munka” társadalmilag és gazdaságilag is terhet ró a nőkre, korlátozza munkaerőpiaci részvételüket, és fokozza a szegénységi kockázatot. A gondozási felelősség társadalmi újraelosztása érdekében:

- be kell vezetni a gondozási szabadság intézményét,
- jövedelempótló támogatásokat és szolgáltatásokat kell kínálni informális gondozóknak,
- tanácsadással, pszichológiai támogatással és szociális munkával kell őket segíteni,
- hosszabb távon támogatni kell a gondozási munka részleges formális integrációját (pl. ápolási díj rendszerének átalakítása).

17.7.8 Adataalapú irányítás – adatbázis és infokommunikációs lehetőségek

Magyarországon jelenleg nincs országos LTC adatrendszer, amely valós idejű, részletes információval szolgálna a szolgáltatások területi eloszlásáról, kapacitásairól, minőségi indikátorairól vagy a gondozottak jellemzőiről. Ez akadályozza a tervezést, forráselosztást és értékelést (ESPN, 2023).

Szükséges egy integrált, országos LTC monitoring és indikátorrendszer létrehozása, amely:

- lehetővé teszi a szükségletalapú tervezést,
- támogatja a teljesítményalapú finanszírozást,
- megalapozza az átlátható és felelős döntéshozatalt.

17.7.9 Technológiai innovációk integrálása

A hosszú távú gondozás minőségének és hatékonyságának javítása érdekében elengedhetetlen a technológiai innovációk integrálása. Az okosotthon-megoldások, szenzoros távfelügyeleti rendszerek, mobilitást támogató robotikai eszközök, valamint a telemedicina és gondozói platformok bevezetése lehetővé teszik a szolgáltatások biztonságosabbá, személyre szabottabbá és költséghatékonyabbá tételét.

A Gondosóra program Magyarországon e törekvések közé sorolható, amely a 65 év feletti idősök számára nyújt alapszintű távfelügyeleti funkciót. Bár a program jelentős lépés a digitális gondozás irányába, jelenlegi formájában nem rendelkezik integrált adatkapcsolattal az egészségügyi és szociális ellátórendszerekkel, és nem biztosít

személyre szabott esetkezelést vagy szükségletalapú válaszkészséget. A program továbbfejlesztéséhez szükséges lenne a jelzésekre reagáló humán szolgáltatási válaszlánc kialakítása, az adatkapcsolat biztosítása az EESZT-vel és szociális nyilvántartásokkal, kiegészítő funkciók (esés-detekció, életjel-monitorozás, napi emlékeztetők) fejlesztése, valamint annak lehetővé tétele, hogy a platformon keresztül telemedicina konzultációk is megvalósulhassanak.

17.7.10 Társadalmi szemléletformálás

A hosszú távú gondozás rendszerszintű megújítása nem valósulhat meg társadalmi attitűdváltás nélkül. Ezért országos szintű szemléletformáló kampány elindítása is indokolt lehet, amelynek célja az időskor pozitív megjelenítésének elősegítése, az informális gondozás elismerése és megbecsülése, a generációk közötti szolidaritás erősítése, valamint a közösségi részvétel fokozása az idősgondozásban. A kampány illeszthető az ENSZ „Decade of Healthy Ageing (2021–2030)” nemzetközi keretstratégiájához, valamint az EU „Care Strategy” szemléletéhez.

17.8 Összefoglalás

A magyar hosszú távú gondozási rendszer strukturális reformja elkerülhetetlen. Az alábbi stratégiai célkitűzések mentén érdemes haladni:

- Nemzeti LTC stratégia elfogadása;
- Közfinszírozás emelése a GDP legalább 1,5-2%-ára;
- Integrált szükségletfelmérési és jogosultsági rendszer bevezetése;
- A gondozási munkaerő ágazati stratégiája, életpályamodell és bérrendezés kialakítása;
- Az informális gondozók formális támogatási és képzési rendszerének létrehozása;
- Országos adat- és indikátorrendszer fejlesztése az irányítás és tervezés támogatására.

Ezek a lépések összhangban állnak az Európai Unió gondozási stratégiájával, illetve a WHO [53] és az OECD ajánlásaival is. A reformok megvalósítása nemcsak társadalmi igazságossági, hanem gazdasági fenntarthatósági és versenyképességi szempontból is kulcsfontosságú.

17.9 Kontrollkérdések

- Miben különbözik a felosztó-kirovó elven működő ápolásbiztosítási modell a tőkefedezeti vagy előtakarékosági rendszerektől, és mely országok alkalmazzák az egyes rendszereket (1-1 példa mindegyik modellhez)?
- Milyen strukturális és szakmai különbségek figyelhetők meg az osztrák Pflegegeld és a német Pflegegrad rendszer között?
- Mely szempontok alapján állapítják meg a tartós ápolási szükségletet a különböző országokban?
- Milyen szerepet játszanak az önkormányzatok a hosszú távú gondozási rendszerek működtetésében Japánban, Svédországban és Hollandiában?
- Hogyan járulhatnak hozzá az előtakarékosági számlák (MSA, HSA) a hosszú távú gondozás pénzügyi fenntarthatóságához, és mely országok alkalmazzák ezeket sikeresen?
- Hogyan épül fel a szolgáltatási piramis az ápolásbiztosítás keretében, és milyen példák mutatják ennek gyakorlati alkalmazását az integrált ellátás terén?
- Milyen minőségi indikátorok szolgálnak az ápolási szolgáltatások minőségének mérésére a különböző országokban?
- Miben térnek el az alábbi szolgáltatások, tevékenységi körök: gondozás, ápolás – tartós ápolás, szakápolás, palliatív és hospice ellátás?
- Mi a hazai szakápolási központok tevékenységének és szabályozásának lényege?

17.10 Kulcsfogalmak és rövidítések

Fogalom / Rövidítés	Megnevezés és definíció
Bentlakásos intézmény (más néven: idősok bentlakásos otthona)	Idősok bentlakásos otthona: a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben meghatározott intézmény, amelyben biztosítani kell a napi huszonnégy órás szolgálatot, a folyamatos működéshez szükséges személyi és tárgyi feltételeket.
Szociális intézmény	A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvényben meghatározott nappali, illetve bentlakásos ellátást vagy támogatott lakhatást nyújtó szervezet.
Demencia	A demencia kifejezés nem önálló betegséget jelöl, hanem összefoglaló névként használható minden olyan állapotra,

	amikor az idegsejtek pusztulása vagy működési zavara miatt a szellemi képességek hanyatlani kezdenek. Ezekre az állapotokra jellemző tünet a feledékenység, a gondolkodás és a beszéd zavara, a személyiség és a viselkedés megváltozása.
Gerontológia	A gerontológia az öregedés és öregkor élet- és kórtanával foglalkozó tudomány. Alap- és alkalmazott kutatásokkal vizsgálja az életfolyamatok időben előrehaladó változásait és megfogalmazza az öregedés és az öregkor jellemző törvényszerűségeit.
Hospice	A hospice a súlyos betegségük végstadiumában levő, elsősorban daganatos betegek humánus, összetett ellátását jelenti multidiszciplináris csoport segítségével. Az ellátás célja a betegek életminőségének javítása: testi és lelki szenvedéseik enyhítése, fizikai és szellemi aktivitásuk támogatása, valamint a hozzátartozók segítése a betegség és a gyász terheinek viselésében.
Informális gondozó	Családtag, barát vagy bármely más egészségügyi/szociális végzettséggel nem rendelkező személy, aki általában ellenszolgáltatás nélkül közreműködik az ellátásban.
Non-formális gondozó	Családtag, barát vagy bármely személy, aki tanfolyami keretek között elsajátított alapismeretekkel vesz részt a gondozott ellátásában.
Palliatív ellátás	A palliatív ellátás a terminális állapotú betegek tüneteinek enyhítésére irányuló támogató kezelések összessége. A palliatív ellátás magában foglalja a fájdalom, a szenvedés, a fizikai tünetek csillapítását, megelőzését, a pszichoszociális és spirituális támogatást, ami mind a beteg, mind hozzátartozók életminőségét javítja.
Szakosított ellátások	A személyes gondoskodás keretébe tartozó szakosított ellátás alatt ápolást, gondozást nyújtó intézményt, rehabilitációs intézményt, lakóotthont, átmeneti elhelyezést nyújtó intézményt és támogatott lakhatás szolgáltatást értünk.
Szociális alapszolgáltatások	Étkeztetést, falu- és tanyagondnoki szolgáltatást, házi segítségnyújtást, családsegítést, jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, a közösségi ellátásokat, támogató szolgáltatásokat, utcai szociális munkát, a nappali ellátásokat magában foglaló ellátási forma.
Szakápolási központ	Szakápolást is nyújtó idősok otthona, amely keretében szakápolás annak a 18. életévét betöltött személynek nyújtható, a) aki idősotthoni ellátásra gondozási szükséglettel rendelkezik, aki betegségéből adódóan szakápolást igényel,

	de akut fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra és állandó orvosi felügyeletre nem szorul, és akit a kezelőorvosa vagy – intézményi jogviszony fennállása esetén – a szociális intézmény orvosa szakápolási központba beutalt. Szakápolási központban a szakápolás a gondozási szükséglet vizsgálatának eredménye és az orvosi vélemény alapján megállapított, legfeljebb hat hónapra meghatározott ideig történik.
LTC (Long Term Care)	Hosszú távú ápolás-gondozás, ápolásbiztosítás.
LTCFQIs	Long Term Care Facility Quality Indicators: Hosszú távú ápolási intézmények minőségi mutatói.
ADL (Activities of Daily Living)	Aktív napi tevékenység.
DRS (Depression Rate Scale)	Depresszió érték/arány skála.
MSA (Medical Saving Accounts)	Előtakarékossági számlák.
HSA (Health Saving Account)	Egészségmegtakarítási számla.
FSA (Flexible Spending Account)	Rugalmas költségkeret, rugalmas költési számla.

17.11 Ábra és táblázatjegyzék

17.1. ábra Kaiser Care modell 27

17.1. táblázat Az osztrák ápolásbiztosítás 7 fokozatú gondozási rendszere..... 11

17.2. táblázat Ápolásbiztosítási rendszerek összehasonlítása 33

17.12 Hivatkozások

- Ayumi I. et al: Quality Assurance in Long-Term Care and Development of Quality Indicators in Japan. Gerontology & Geriatric Medicine 2020. Volume 6: 1 –8
- Bahnsen L. A szociális ápolásbiztosítás jövője. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP PKV), WIP Kurzanalyse Mai 2024 (9 p.)
- BARMER. 2024. A BARMER biztosító jelentése az ápolás helyzetéről Németországban –BARMER Pflegereport 2024 bifg – BARMER Institut für

Gesundheitssystemforschung Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 47 (218 p.)

- Bondár É. *Mit oldhat meg az ápolásbiztosítás?* Egészségügyi Gazdasági Szemle 2011/4 37-49. old.
- de Blok C, Luijkx K, Meijboom B, Schols J. *Improving long-term care provision: towards demand-based care by means of modularity.* BMC Health Serv Res. 2010 Sep 21;10:278.
- Council of the European Union. (2022). *Council Recommendation of 8 December 2022 on access to affordable high-quality long-term care* (2022/C 466/01). Official Journal of the European Union.
- Cseh B., Dózsa Cs. (2016) *Átmeneti ellátások – a bentlakásos szociális intézmények keretén belül végzett szakápolási tevékenységek és az ehhez kapcsolódó egészségügyi szükségletek elemzése.* IME, XVI évf., 24-29. old.
- Dózsa Cs., Cseh B. (2025) *Analysis of skilled nursing activities and needs of elderly people in Residential Homes and preparation of regulatory background.* Előadás. 25th International Conference on Integrated Care ICIC25, Liszabon 2025. május 14-16.
- EGVE 2024
https://www.egve.hu/sajtoszemle/downloads/2024/3_1_sz/9_2024_3_1_sved_egeszs_egugyi_rendszer.pdf
- Emberi erőforrások Minisztériuma (EMMI): *Tartós ápolás-gondozásra vonatkozó stratégia, 2030.* EMMI, 2020.
- ESPN. (2023). *Thematic Report on Long-term Care – Hungary.* European Commission.
- Eurofound. (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions.* Publications Office of the European Union.
- European Commission. (2023). *Implementation report on the Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care: Country fiche – Hungary.*
- European Commission. 2020.
https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_hu.pdf
- *Final Evaluation of the Ambient Assisted Living Joint Programme.* 2013 October. p. 1-44.

- Gerda G., Claus F. N., Kerstin Z. (2010) *Ambient Assisted Living (AAL) Program: Smart Solutions, New Markets*. Proceedings of the AAL FORUM 2010 Odense. <https://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2015/02/ProceedingsAALForum2010-final-komplett.pdf>
- Government of Netherlands, 2025. <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/long-term-care-at-home>
- Gresz M, Farkas Borbás F, Dózsa Cs.: A hosszú távú ellátások kapacitás- és igénybevételi adatainak elemzése – úttalan utakon... IME, 2016. XV/2. 63-67.
- Gresz M., Borbás F., Csordás A., Dózsa Cs. *A hosszú távú ellátások kapacitás- és igénybevételi adatainak elemzése*. IME, XIII. évf. 2. szám. 7-11. old.
- Gulácsi L.: *A magánfinanszírozás helye a magyar egészségügyben; Forráshiányban az egészségügy - mit tehetnek a biztosítók?* Biztosítás és Kockázat 2016. III. évf. 2. szám. 92-97
- Hanne Marie Rostad et al: *Modes and models of care delivery in municipal long-term care services: a cross-sectional study from Norway*. BMC Health Services Research volume 23, Article number: 813 (2023)
- Heinicke K., Thomsen SL. (2001) The social long-term care insurance in Germany : origin, situation, threats, and perspectives <https://madoc.bib.uni-mannheim.de/2905/>
- Brock H. A holland egészségügyi rendszer. ÖKZ 63 JG. (2022) 6-7.
- Hoffman I., Gellérné Lukács É. *Bevezetés a társadalombiztosítási és szociális jogba*. ELTE Kiadó, Budapest 2020.
- Gruber J., McGarry K. *Long-term care in the United States*. NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH WORKING PAPER SERIES, November 2023
- Gao J., Ding C., Chen F., Motozawa M., Schmidt M., Merkel G.: *Az idősápolás és az ápolásbiztosítás tapasztalatai. Kína, Japán, Németország és az Európai Unió gyakorlata*. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2012/5–6.
- Karner C. Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2008/2.
- MABISZ, 2025. <https://mabisz.hu/szemle/?p=70043>
- Kanter MH., Lindsay G., Bellows J., Chase A. *Complete care at Kaiser Permanente: transforming chronic and preventive care*. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2013 Nov;39(11):484-94.

- Milbank. 2025. <https://www.milbank.org/quarterly/articles/germanys-long-term-care-insurance-putting-a-social-insurance-model-into-practice/>
- Minkman MMN., Ligthart SA., Huijsman R. Integrated dementia care in The Netherlands: a multiple case study of case management programmes. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep; 17(5):485-94.
- Andersson Bäck M., Calltorp J. The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *Int J Integr Care*. 2015 Sep 23;
- Riedel M., Kraus M. The Austrian long-term care system. Research Report March 2010. Institute for Advanced Studies, Vienna
- Norris L. 2025. <https://www.healthinsurance.org/faqs/how-does-a-health-savings-account-hsa-work/>
- OECD, 2023. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/component-81.html#chapter-d1e34429-671d8537be
- OECD. (2023). *Health at a Glance: OECD Indicators*. OECD Publishing.
- Social Finance (2024). Social Impact Bonds. <https://socialfinance.org/social-impact-bonds/#:~:text=Social%20Impact%20Bonds%20are%20unique,the%20achievement%20of%20meaningful%20impact.>
- Tsutsui T. Implementation process and challenges for the community-based integrated care system in Japan. Policy papers. *International Journal of Integrated Care*– Volume 14, 20 January 2014
- WHO. 2002: *Active Ageing: A policy framework*
- WIP. 2024. https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/WIP-Kurzanalysen/WIP-Kurzanalyse-2024-Zur_Zukunftsfahigkeit_der_Sozialen_Pflegeversicherung.pdf
- Yamada M., Arai H. (2020). *Long-Term Care System in Japan*. *Annals of geriatric medicine and research*. 24(3), 174–180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>

Jogszabályok

- 1993. III. törvény a Szociális igazgatásról és szociális ellátásról. (68.§. (3a) és (3b) bekezdések Szakápolási központ)
- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (67/A.§ a Szakápolási központról, 7. sz. Melléklet a tárgyi feltételeiről és szakápolási tevékenységeiről)