

## **AZ EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁS PÉNZÜGYI JOGI ASPEKTUSAI\***

NAGY ZOLTÁN\*\* – RITTER HAJNALKA\*\*\*

Az egészségügyi rendszer finanszírozása régóta vita tárgyát képező területe az egyes országok költségvetésének. A finanszírozás eltérő elveken és módszereken nyugszik az egyes országokban, de a problémák sok esetben azonosak. A humán erőforrás megőrzése szempontjából kiemelkedő jelentőségű kérdés az egészségügy, mégsem fordít rá elég forrást a magyar költségvetés. A tanulmány bemutatja a magyar egészségügyi finanszírozást és a finanszírozás elégtelenségéből származó problémákat.

**Kulcsszavak:** egészségügy, egészségbiztosítás, központi költségvetés, társadalombiztosítás

The financing of the health system has been a controversial area of budgeting in several countries. Financing varies in different principles and methods in each country; however the problems are often the same. The issue of health care is still a major source concerning the preservation of human resources; however Hungary does not provide enough resources from the budget. The study examines the funding of the Hungarian health care and the problems that arise from insufficient funding.

**Keywords:** health, health insurance, central budget, social security

### **BEVEZETŐ GONDOLATOK**

Az egészségügyi ellátás és annak finanszírozása régóta vita tárgyát képezi, az egyes társadalmak is másként közelítenek a problémákhoz, különösen a történelmi távlatokra tekintettel. A szakirodalom rámutat arra, hogy az egészség nemcsak az

---

\* A tanulmányban ismertetett kutatómunka az EFOP-3.6.1-16-2016-00011 jelű *Fiatalodó és Megújuló Egyetem – Innovatív Tudásváros – a Miskolci Egyetem intelligens szakosodást szolgáló intézményi fejlesztése* projekt részeként – a Széchenyi 2020 keretében – az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

\*\* Dr. NAGY Zoltán  
PhD habilitált egyetemi docens  
Miskolci Egyetem ÁJK  
Államtudományi Intézet  
Pénzügyi Jogi Intézeti Tanszék  
3515 Miskolc-Egyetemváros  
jogdrnz@uni-miskolc.hu

\*\*\* RITTER Hajnalka  
V. évfolyamos joghallgató  
Miskolci Egyetem ÁJK  
3515 Miskolc-Egyetemváros  
hajnalka.ritter@gmail.com

egyéni élet szempontjából fontos, hanem kiemelkedő jelentőségű társadalmi és gazdasági kérdés.<sup>1</sup> A közgazdasági szakirodalom is rámutat arra, hogy a gazdasági növekedésnek négy hajtóereje van az emberi erőforrások, a természeti erőforrások, a tőke, a technológiai fejlődés és az innováció.<sup>2</sup> Az emberi erőforrások fejlesztése és megőrzése során megkerülhetetlen kérdés az oktatás és az egészségügyi ellátás, mivel csak a szakképzett és egészséges munkaerő képes hatékonyan használni a tőkejavakat és biztosítani a termelékenységet.<sup>3</sup>

Egészségügyi rendszerünkről megállapítható, hogy többszörösen hátrányos helyzetű<sup>4</sup>, azonban ez az állapot nem csupán Magyarországra jellemző, hiszen az egészségügy a világon szinte mindenhol ellátási és finanszírozási problémákkal küzd. Hazánkban ez a jelenség nem új keletű, már az 1997. évi LXXXIII. törvény<sup>5</sup> indokolása is a finanszírozási problémák mihamarabbi megoldására hívja fel a figyelmet. A rendszer átalakításához szükséges intézkedések, reformok bevezetése kiemelkedően fontos feladat a mindenkori kormány számára. Ahhoz, hogy a társadalom által kialakított igények megfelelő kielégítést nyerjenek, szükséges szociális ellátórendszer működtetése, valamint méltányossági alapon mindenki számára elérhetőnek kell lennie az egészségügyi szolgáltatásoknak. Az elmúlt időszakban mind a politikában, mind a médiában egyre többször felmerülő kérdéskör az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának problémája. Az egészségügyi dolgozók bére az egyik legalacsonyabb hazánk szektorai között. Az alacsony bérek kifizetése lehetőséget teremtett a 2000-es évek elején a kiadások mérséklésére. Azonban az említett korlátozás elégedetlenséget eredményezett mind a dolgozók, mind a rendszer vonatkozásában.

Az egészségügyi finanszírozás bemutatásának a célja, hogy a lehetőségek megismerése révén a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb elosztására mutassunk rá. Másrészt annak feltárása, hogy az egészségügyben megjelenő anomáliák megszüntetése, hogyan valósulhat meg.

---

<sup>1</sup> Joseph E. STIGLITZ: *A kormányzati szektor gazdaságtana*. KJK-KERSZÖV Kft., Budapest, 2000, 308.

<sup>2</sup> A humán erőforrások hatékonyságának és a versenyképesség összefüggéseiről: LENTNER Csaba: A magyar nemzetgazdaság versenyképességének új típusú tényezői. In: Lentner Csaba (szerk.): *Pénzügypolitikai stratégiák a XXI. század elején: prof. dr. Huszti Ernő DSc. egyetemi tanár a pénzügyi intézményrendszer, a tudomány és a felsőoktatás szolgálatában: tiszteletkötet 75. születésnapja alkalmából*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2007, 271–297.

<sup>3</sup> Paul A. SAMUELSON–William D. NORDHAUS: *Közgazdaságtan*. Akadémiai Könyvkiadó, Budapest, 2012, 454–457.

<sup>4</sup> LENTNER Csaba: The Health Care System as a New Competitive Factor in the Light of the Convergence Programme. *Hungarian Medical Journal*, 1:(1) 2007, 97–107.

<sup>5</sup> 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól.

## 1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁS GAZDASÁGI, TÁRSADALMI HÁTTERE

Egy adott társadalom egészségi állapota nem csupán statisztikai mutató, hanem valós képet ad az ország gazdasági helyzetéről. Mindenekelőtt fontos megjegyezni, hogy nem csupán a gazdaság hat az egészségügyre, hanem az egészségügy ugyanúgy hatást gyakorol a gazdaságra, hiszen az egyének teljesítőképessége jelentős mértékben befolyásolhatja az állam gazdasági helyzetét, továbbá párhuzam vonható a között, hogy minél hátrányosabb helyzetű gazdaságilag egy ország, annál magasabb az ellátásra szorulóknak száma. Ennek következtében folyamatosan növekednek a társadalmi igények, valamint az egészségügyre fordított kiadások. A fejlett és fejlődő országok között jelentős eltérések mérhetők mind az egyének egészségi állapotát illetően, mind az állam gazdasági teherbíróképessége között. Azonban nem csupán az országok tekintetében érzékelhetünk ilyen különbségeket, hanem belföldi vonatkozásban egyaránt. Országon belül is komoly devianciák fedezhetők fel a régiók és a szociális csoportok között. Az egyének egészségi állapotát számos tényező befolyásolja, ezek közül talán a legfontosabbak az életmód, a genetikai tényezők és az egészségügy, mint komplex rendszer.<sup>6</sup>

Lévén, hogy a kormány a közkiadások jelentős részét az egészségügyre fordítja, így fontos megvizsgálni, hogy ezen szolgáltatások finanszírozása hogyan valósul meg. A finanszírozást számtalan tényező befolyásolja, ennek értelmében jelentős mértékben függ az állami szerepvállalástól, a választott jóléti modelltől, valamint a pénzügyi jog szabályaitól. A finanszírozási modellek mellett bemutatásra kerülnek a társadalmi, gazdasági és egészségügyi tényezők, amelyek jelentős mértékben hatottak a különböző modellek kialakulására.

A 2006. évi CXXXII. tv.<sup>7</sup> pontosan meghatározza, hogy mi minősül egészségügyi közszolgáltatásnak. A törvény értelmében közszolgáltatás az, amelyet hazánk a központi költségvetés vagy az Egészségbiztosítási Alap (továbbiakban: E. Alap) terhére finanszíroz. Ennek ellenére a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (továbbiakban: NEAK) meghatároz olyan egészségügyi ellátásokat, amelyek függetlenek a páciens biztosítási státuszától, ugyanis kizárólag abban az esetben vehetők igénybe, ha külön térítési díjat fizet.

1945 után az európai államokat jóléti államként határozhatjuk meg, ahol alapvető társadalmi elvárás volt az egészségügyi ellátások széles körű igénybevételének lehetősége, valamint a szolgáltatásra jogosultak körének kiterjesztése. A növekvő tendencia nem csupán az európai országokban volt megfigyelhető, hanem a világon szinte mindenhol. Felváltotta a korábbi magánszférára épülő finanszírozási rendszert a közbevételekből nyújtott ellátások köre.<sup>8</sup> A II. világháborút követően alapvető kérdés volt állami szinten, hogy milyen egészségügyi ellátórendszer kiépítése

<sup>6</sup> FEKETE Tibor: *Az egészség, az egészségügy négy éve 2010–2013*. KM-PharmaMédia Kiadó, Budapest, 2014, 63.

<sup>7</sup> 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről.

<sup>8</sup> HOFFMAN István: Az egészségügyi közszolgáltatások területi finanszírozása. In: Horváth M. Tamás–Bartha Ildikó (szerk.): *Közszolgáltatások megszervezése és politikái merre tartanak?* Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs, 2016, 434.

lenne szükséges. Két ellátórendszer közül kellett az államoknak választaniuk. Míg az egyik a ritka betegségek kezelését szolgálta volna, addig a másik a gyakori betegségek ellátását. Alapvetően a gyakori betegségek kezelésére fordították a figyelmet, de máig felmerülő kérdéskör a ritka betegségek kezelését szolgáló egészségházak létrehozása.

A finanszírozást befolyásoló tényezők közé sorolhatjuk továbbá a 2008-as gazdasági világválságot, amelynek következtében tovább erősödött az ellentmondás mind az egészségügyi rendszerben, mind a finanszírozásban. A válság okozta következmények tekintetében különbséget tehetünk rövid, valamint hosszú távú hatás között. Míg az első esetben az egészségügyi kiadások csökkenését eredményezik, addig hosszú távon komolyabb problémát képes eredményezni mind a társadalom, mind a finanszírozási keretek tekintetében.<sup>9</sup> Fontos megjegyezni, hogy a világválság ellenére az államoknak elsődleges céljuk volt a költségtakarékosság elérése a finanszírozásban, amelynek megvalósulási formája az volt, hogy az állami beavatkozás fő területe az egészségügy lett. Mindezen túl lehetőséget ad a gazdasági válság mélységének meghatározására az egészségügyi kiadások reál értékben mért változása.<sup>10</sup>

## 2. FINANSZÍROZÁSI MODELLEK

Nemzetközi viszonylatban rendkívül sokszínűek az egészségügyben alkalmazott finanszírozási modellek. Voltaképpen nincs két olyan ország, amely azonos politikai és finanszírozási elvek alapján működtetné egészségügyi rendszerét. Alapvetően öt finanszírozási modellt különböztethetünk meg nemzetközi viszonylatban.<sup>11</sup>

Adóbevételekből finanszírozott rendszerek

- Beveridge-modell–NHS-modell
- Szemaskó-modell
- Skandináv jóléti modell
- Déli modell

Biztosítás elvű finanszírozási rendszer

- Bismarcki-modell

Az adóbevételekből finanszírozott rendszereket gyakran szokták alanyi jogú egészségügyi ellátó rendszernek is nevezni, hiszen a teljesített hozzájárulás következtében a páciensek alanyi jogon részesülnek egészségügyi ellátásban. Tehát a finanszírozás alapja a teljesített adók. Ezekben a rendszerekben sajátos a helyzete a

<sup>9</sup> A társadalombiztosítás másik ágának, a nyugdíjbiztosításnak a finanszírozási kérdéseiről lásd VARGA Zoltán: *A magyar nyugdíjrendszer pénzügyeinek alakulása* című cikkét. In.: *Collegium Doctorum*, Bíbor Kiadó, Miskolc, 2012.

<sup>10</sup> <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok.pdf>, 2017. augusztus 28.

<sup>11</sup> KINCSES Gyula: *Az egészségügyi rendszerek alapvető modelljei 2011.* 5–6. [www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/pptk/DOTE/\\_2011\\_egeszsegugyi\\_rendszerek.pdf](http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/pptk/DOTE/_2011_egeszsegugyi_rendszerek.pdf), 2018. április 20.

pénzbeli ellátások finanszírozásának, hiszen mind a betegség, mind az anyaság miatti keresésképtelenség miatt járó ellátások biztosítási alapúak, és azokat járulék jellegű adóforrásokból nyújtják.

Beveridge-modell–NHS-modell kialakítása William Henry Beveridge nevéhez köthető. A brit kormány 1948-ban alakította ki az NHS-rendszert, valamint dolgozta ki az alapjául szolgáló elveket. Beveridge volt az első, aki jelentésében hangsúlyozta, hogy mindenkinek joga van nemre, korra tekintet nélkül ingyenesen és egyenlően részesülni az egészségügyi ellátásban.<sup>12</sup> Tehát ennek következtében alanyi joron volt igénybe vehető az egészségügyi ellátás. Az NHS-ről megállapíthatjuk, hogy állami-gazgatási szerv, amely az egészségügyért felelős minisztérium irányítása alatt áll. Akárcsak mindennek, így ennek a modellnek is van előnye és hátránya egyaránt. Alapvető előnyök közé sorolhatjuk egyrészt, hogy a modell teljes mértékben méltányossági alapon valósítja meg az ellátás igénybevételét, ezen túl nagy hangsúlyt fektet a prevencióra. Másrészt a modell kialakulásának következtében sokkal olcsóbb és könnyebben tervezhető modell jött létre. A számos előny mellett fontos megemlíteni a modell negatívumai között azt, hogy az egészségügyben nem volt alapvető cél a hatékony munkavégzés, valamint a rendelkezésre álló erőforrás produktív felhasználása.

Az NHS-modell mintaadó állama Anglia, azonban számos országban a mai napig ezen elvek mentén működik a rendszer. Példának okáért Beveridge-modell működik Kanadában, Új-Zélandon, Dániában és Finnországban.

A Szemaskó-modell szinonimájaként használatos a szovjet modell elnevezés. Ez a modell, N. A. Szemaskóról, az első szovjet egészségügyi miniszterről kapta a nevét. Szemaskó által létrehozott rendszer hasonló volt a Beveridge-modellhez, hiszen a miniszter javaslatára 1918-ban megszületett a döntés, miszerint minden állampolgárnak alanyi joron járt az ingyenes orvosi ellátás, azonban a finanszírozás erősen központosított volt.<sup>13</sup> A szovjet modell következtében létrejött egészségpolitika hamarosan az egészségügyi helyzet javítását eredményezte. Lévén, hogy a modell a prevencióra nagy hangsúlyt fektetett, ennek következtében csökken a járványok száma, valamint nőtt a várható élettartam. A Szemaskó modellt a központi költségvetésből önkormányzatokon keresztül finanszírozták, ez a finanszírozás kizárólag a tervezdaság keretei között valósulhatott meg.<sup>14</sup>

<sup>12</sup> KARNER Tamásné: *Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására*. PhD. Nyugat-Magyarországi Egyetem, Sopron, 2005. 4. doktori.nyme.hu/71/1/de\_1862.pdf, 2018. január 20.; TÓTH Hilda: Az egészségbiztosítás és balesetbiztosítás korszerűsítésének problematikájához. In.: *Miskolci Doktoranduszok Jogtudományi Tanulmányai*. 3. kötet. (szerk.: Stipta István), Bíbor Kiadó, Miskolc, 2003, 411–429.

<sup>13</sup> SIMON Judit: A co-payment szerepe és alkalmazásának lehetséges területei. In.: *A Magyar EgészségÜGY Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010, 169.

<sup>14</sup> KARNER Cecilia: Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2008/2., 5.

Megállapítható, hogy a modell egy jól szervezett egészségügyi rendszerként funkcionált, lehetővé tette az állampolgárok közötti esélyegyenlőséget, továbbá kiépült a közegészségügy. A Beveridge- és a Szemaskó-modell egyaránt centralizál, de az utóbbi esetében a kezdetektől fogva túlzott centralizáció valósult meg. A Szemaskó-modell szerint valósult meg többek között Bulgária (1948–1998), Lengyelország (1950–1999) és Magyarország (1950–1989) egészségügyi finanszírozása.<sup>15</sup>

A skandináv modell szerint működő ellátórendszerek egytől egyik alanyi jogúak. A rendszer sajátossága, hogy a 2002-es egészségügyi reformok következtében az intézmények fenntartására közjogilag kötelezettek és jellemzően a fenntartók a területi önkormányzatok.<sup>16</sup> Az új közmenedzsmentet célzó reformok előtt egyfajta bázisfinanszírozás alapján, valamint a helyi önkormányzatok adóbevételéből valósult meg az egészségügyi rendszer finanszírozása. A skandináv jóléti modell jelenlegi képviselői Svédország, Dánia, Finnország és Norvégia. Magyarországon 1989-ig a skandináv modell alapelvei a legtöbb egészségügyi területen érvényesültek.

A déli modell sajátossága, hogy bár a többihez hasonlóan alanyi jogú ellátórendszer, azonban jelen esetben erősen érvényesül a biztosítási elem, amely azt jelenti, hogy alapvetően a finanszírozás az adóbevételekből történik, ugyanakkor a biztosítási díjaknak is kiemelkedő szerepe van. Ebből könnyen következtethetünk arra, hogy a modellt használó államokban gyakorlatilag vegyes rendszer alapján valósul meg a finanszírozás.

Az egészségügy finanszírozására jellemző modellek másik területét a biztosítási elvű finanszírozási rendszer jelenti. Ahogy a déli modell esetében is láttuk, a biztosítási elvű finanszírozás az adóbevételekből finanszírozott rendszerben is fellelhető. A II. világháborút követően nőtt a keresőképtelenség következtében kiesett jövedelem pótlása iránti igény, mely a biztosítási elv alapján valósulhatott meg. Az egyének biztosítási díjfizetési kötelezettségüket erre a célra elkülönített pénz-alapnak teljesítik.<sup>17</sup> A teljesített befizetéseket az elkülönített alapok kezelik, és ezek nyújtják a szolgáltatás ellátásához szükséges forrásokat. A rendszer további jellemzője, hogy sajátosan alakul a szolgáltatási szereplők köre.

1992-től Európában szinte mindenhol megszűnt az egészségügyi ellátások alanyi jogon való igénybevételének lehetősége. A megszüntetést követően a Szemaskó-modellt alkalmazó országok nagyrészt áttértek a bismarcki rendszerre. Otto von Bismarck német kancellár a XIX. század vége felé létrehozta a szolidaritás elvű társadalombiztosítási rendszert, amelynek elsődleges célja volt az egységes alapelvek és az irányadó követelmények kidolgozása. Fontosnak tartotta, hogy az egészségügyi ellátás és a szociális biztonság mindenki számára elérhető legyen, ennek érdekében az első megoldás az volt, hogy a társadalom alsó rétegei számára bizto-

<sup>15</sup> [https://era.aeek.hu/zip\\_doc/Eu\\_rendszerek\\_tipologia-form.pdf](https://era.aeek.hu/zip_doc/Eu_rendszerek_tipologia-form.pdf), 2017. október 25.

<sup>16</sup> HOFFMAN: i. m. 430.

<sup>17</sup> <http://www.georgikon.hu/tanszekek/agrargaz/Tananyagok/BACSI/BACSI%20TAN%20SPRING/EGGAZD/EgbiztPDF/Eggazd4ea.pdf>, 2017. október 25.

sította az ellátáshoz való hozzájutást.<sup>18</sup> A bismarcki-modell alapelvei közé sorolható szolidaritás és részvételi kötelezettség napjainkban is számos ország társadalombiztosítási rendszerének az alapja. Alapvetően a hozzájárulás jövedelemarányos, azonban a szolidaritási elv lehetőséget teremtett arra, hogy a páciens bármilyen egészségügyi ellátást igénybe vegyen. A rendszer legfőbb problémája az volt, hogy magasabb jövedelemmel rendelkező egyének magasabb biztosítási díjat kötelesek fizetni, azonban az ellátás színvonala megegyezik az alacsonyabb hozzájárulást teljesítő egyének ellátásával. A rendszer negatív hatásai eredményezték 1993-ban a kölcsönös egészségpénztárak létrehozását. Így lehetőség nyílt a kiegészítő biztosításoknak köszönhetően, hogy magasabb színvonalú ellátásban részesüljön az a páciens, aki tagja ilyen pénztárnak. Továbbá lehetőséget teremtett arra, hogy a társadalmi igények szélesebb körben kielégítést nyerjenek.<sup>19</sup> Kezdetben kizárólag azon személyek vehették igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, akik teljesítették a fizetési kötelezettségüket, ennek következtében volt olyan társadalmi réteg, akinek nem volt lehetősége ellátásban részesülni. Ennek kiküszöbölése érdekében vezették be a szolidaritás elvű biztosítási rendszert. A bismarcki-modell képviselői közé tartozik többek között Magyarország, Ausztria, Belgium, Franciaország és Németország.

Felmerül a kérdés, hogy melyik egészségügyi modell a legmegfelelőbb a gazdaság számára. A WHO 1999. évi jelentésében<sup>20</sup> kiemeli, hogy az önkormányzati vagy állami társadalombiztosítási rendszer a legjobb megoldás az egyes államok számára.

### 3. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁSI RENDSZER

Az egészségügyi finanszírozás több problémát hordoz magában, mely a világ bármely egészségügyi rendszerében felfedezhető. A problémák kiküszöbölését szem előtt tartva hazánk egészségügyi rendszerének finanszírozása az elmúlt évtizedekben komoly változásokon ment át. Egészségügyi rendszerünk számára fontos változást jelentett 1891, amikor is elfogadásra került az 1891. évi XIV. tc, mely hazánk első betegbiztosítási törvénye volt.<sup>21</sup> A törvény rendelkezéseinek értelmében a XIX. század végétől a bismarcki-modell alapelvei egyre több területen alkalmazás-

<sup>18</sup> NÉMETH György: Egészségbiztosítási alapmodellek Bismarck és Beveridge, *Esély*, 2007/5., 43.

<sup>19</sup> KINCSES Gyula: *Drága Egészségünk. Az egészségügy gazdasági kérdései – a magyar modell*. Budapest 1994, [www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/Draga\\_Egeszsegunk.pdf](http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/Draga_Egeszsegunk.pdf), 2018. április 10.

<sup>20</sup> *The World Health Report*, [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2017/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/), 2018. május 3.

<sup>21</sup> A betegbiztosítás bevezetésével kapcsolatban lásd részletesen: TÓTH Hilda: A betegség miatti keresőképtelenség esetére fizetendő táppénz jogfejlődése Magyarországon és a társadalombiztosításban történő elhelyezése a hatályos szabályok alapján Magyarországon és Ausztriában. *Publicationes Universitatis Miskolcensis. Sectio Juridica et Politica*, sorozat XXII, 2004, 517–542.

ra kerültek. A betegbiztosítási törvény legnagyobb előnye az volt, hogy folyamatos javulást eredményezett, azonban 1940-ben csupán a lakosság 21%-a volt biztosítva.<sup>22</sup> A szakértők belátták, hogy a finanszírozottsági arány meglehetősen alacsony. Ezen az arányon próbáltak változtatni, amikor bevezették azt, hogy 1972-től az ellátás finanszírozása a központi költségvetésből valósul meg. Az 1975. évi II. törvény abból a szempontból jelentett változást, hogy bevezetett egy alanyi jogú ellátórendszert, melynek finanszírozásában kialakult egy intézményalapú finanszírozási rendszer.<sup>23</sup>

Mérföldkőnek tekinthető továbbá az 1989. évi Országgyűlés, amelyen döntés született arról, hogy az egészségügy feladatai a társadalombiztosítás rendszerébe integrálódnak. A szolidaritási elvű társadalombiztosítás alapján a munkanélkülieknek, a szociális ellátásban részesülőknek, továbbá azon állampolgároknak, akik járulékfizetési kötelezettségüknek nem képesek eleget tenni, az állam központilag biztosította helyettük a fizetést.<sup>24</sup> Ezen elv alapján az egészségbiztosítónak lehetősége nyílt arra, hogy táppénzt, gyermekápolási táppénzt, továbbá gyermekgondozási díjat határozzon meg bizonyos törvényi feltételek teljesülése esetén.

Magyarország egészségügyének finanszírozása komplex rendszert alkot. A finanszírozás megvalósulását „finanszírozási pillérek” teszik lehetővé. Három ilyen pillért különböztethetünk meg, amely a társadalombiztosítás, az üzleti- és betegbiztosítás, valamint az önkéntes kölcsönös egészségpénztár. A társadalmi fejlődéssel nem csupán a betegségek megfelelő kezelése iránt nőtt az igény, hanem a kezelésre fordított költségek, valamint a betegségek következtében kiesett jövedelmek pótlására egyaránt.

Magyarországon a magánbiztosítás finanszírozási részvételét lehetővé tevő jogi szabályozás már 1993-ban megjelent, amikor törvényt alkottak az önkéntes kölcsönös biztosító pénztárakról.<sup>25</sup> Felmerül az a kérdés, hogy valóban megéri-e minden hónapban tagdíjat fizetni a pénztár számára. Jelen kérdést a szakértők azzal válaszolják meg, hogy azon személyek esetében éri meg az egészségpénztári tagság, akinek rendszeres gyógyszer kiadása van, továbbá olyan esetben, ha egyszerre nagyobb összeget kell kiadni egészségügyi ellátásra. Az önkéntes egészségpénztári befizetés teljesíthető mind a munkavállaló, mind a munkáltató által, azonban fontos

<sup>22</sup> [http://semmelweis.hu/emk/files/2009/03/eu\\_rendsz-finansz\\_rez\\_20140113\\_ragany\\_uj.pdf](http://semmelweis.hu/emk/files/2009/03/eu_rendsz-finansz_rez_20140113_ragany_uj.pdf), 2017. augusztus 29.

<sup>23</sup> FAZEKAS Mariann–KONCZ József: Egészségügyi igazgatás. In: FAZEKAS Mariann–KONCZ József–ÁRVA Zsuzsanna–NAGY Mariann–RÓZSÁS Eszter–SZABÓ Annamária Eszter–HOFFMAN István–FAZEKAS János–RIXER Ádám–TÉGLÁSI András: *Fejezetek Szakigazgatásaink köréből*. Complex, Budapest, 2013, 16.

<sup>24</sup> [http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/lakossagnak/ellatas\\_magyarorszagon/jogosultsag\\_az\\_ellatasra/az\\_egsszsegbiztositas\\_szolgaltatasaira\\_jogosultak/kizarolag\\_egeszsegugyi\\_ellatasra](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/jogosultsag_az_ellatasra/az_egsszsegbiztositas_szolgaltatasaira_jogosultak/kizarolag_egeszsegugyi_ellatasra), Megtekintve: 2017. október 20.

<sup>25</sup> [http://www.patikapenztar.hu/dok/biztmat\\_egeszsegugyi\\_pillerek201311.pdf](http://www.patikapenztar.hu/dok/biztmat_egeszsegugyi_pillerek201311.pdf), 2017. október 21.



figyelembe venni, hogy a két esetben eltérően valósulnak meg az adófizetési kötelezettségek, valamint az elérhető adókedvezmények.<sup>26</sup>

Magyarországon megközelítőleg 38 ilyen egészségpénztár működik, a havonta fizetendő tagdíjak összege mindegyik esetében eltérő, de átlagosan 2-3 ezer Ft körüli összeg. Álláspontunk szerint az önkéntes egészségpénztári tagság legnagyobb előnye a tagsággal járó adókedvezmény, melyet az állam már a kezdetektől fogva biztosít. A befizetett tagdíjból, valamint a tagdíjon felüli összeg mintegy 20%-át a már teljesített szja-ból vissza lehet igényelni. Fontos azonban felhívni arra a figyelmet, hogy a kezdetektől eltérően napjainkban a visszaigényelt adót nem készpénzben kapja meg a tag, hanem egészségpénztári számláján kerül jóváírásra. A visszaigényelhető adókedvezmény összege függ a befizetés összegétől.<sup>27</sup>

Az államok közötti különbözőségek ellenére számos közös jellemző is felfedezhető, ilyen példának okáért az OECD-országokban a kötelező egészségbiztosítás, a központi vagy a helyi önkormányzati költségvetésből finanszírozott ellátás,<sup>28</sup> az önkéntes egészségpénztárba történő befizetéssel elérhető magasabb színvonalú kezelés, továbbá a költségcsökkentő reformok bevezetése. Az egészségügyi finanszírozás hazánkban ellátásonként<sup>29</sup> eltérően valósul meg. A különböző egészségügyi ellátások finanszírozása az 1997. évi LXXXIII. törvényben meghatározott Egészségbiztosítási Alapból történik.

Magyarország egészségügyi rendszere többszereplős rendszerként határozható meg. A szereplők száma szakirodalmanként eltérő, de megállapítható, hogy a rendszer biztos szereplője a finanszírozó, a szolgáltatást igénybe vevő, más néven páciens, a szolgáltatást nyújtó, említhető továbbá a szolgáltatás nyújtására kötelezett, valamint a minőségellenőrző.

Az említett szereplőkön túl megemlíthetjük továbbá a szabályozókat, melynek értelmében a szabályozók közé sorolhatjuk a Kormányt, néhány esetben az önkormányzatokat, valamint a jogszabályok betartását ellenőrző állami szerveket. A szereplők érdekei jelentős mértékben eltérnek egymástól, valamint a társadalmi elvárásoktól. Míg a páciens érdeke az, hogy minél jobb és korszerűbb egészségügyi ellátásban részesüljön, addig a finanszírozóé az, hogy a rendelkezésre álló erőforrást a lehető leghatékonyabban használja fel, valamint minél kevesebb költséget fordítson a megvalósításra. Ezzel szemben a szabályozó elsődleges célja, hogy az egészségügyi ellátás a jogszabályoknak megfelelően valósulhasson meg.

<sup>26</sup> <https://jogvadasz.com/2017/02/06/150-ezer-forint-adokedvezmeny-egeszsegpenztari-befizetes>, 2017. október 20.

<sup>27</sup> *Ahhoz, hogy a maximálisan visszaigényelhető 150 000 Ft-ot megkapja a tag, mintegy 750 000 Ft befizetést kell teljesíteni.* <https://ado.hu/rovatok/ado/miert-jo-onkentes-egeszsegpenztarba-fizetni>, megtekintve: 2017. október 20.

<sup>28</sup> OROSZ Éva: A Magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése. In: *A Magyar egészségÜGY Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2010, 34.

<sup>29</sup> Hét csoportot különböztethetünk meg, melyek az alábbiak: alapellátás, járóbeteg-ellátás, akut fekvőbeteg-ellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás, gyógyszer és gyógyászati segédeszközök, közegészségügy, valamint az irányított betegellátási modell.

Álláspontunk szerint a finanszírozás tekintetében az egyik legfontosabb a rendelkezésre álló források hatékony elosztása. A finanszírozók lehetnek magánbiztosítók, valamint kötelező biztosítók. Hazánk egészségügyi ellátásainak igénybevétele az állam különböző feltételek megvalósulása esetén támogatja a központi vagy önkormányzati költségvetésből vagy az Egészségbiztosítási Alapból, azzal, hogy előfordul olyan ellátás, amely külön térítési vagy kiegészítő térítési díj ellenében vehető igénybe.<sup>30</sup>

További lehetőség az ellátások igénybevételére a közgyógyellátás terhére történő igénybevétel. Fontos hangsúlyozni, hogy az ilyen típusú ellátás a rászoruló személy gyógyító-megelőző kezeléseivel kapcsolatos kiadásainak csökkentése érdekében vehető igénybe. A 284/1997. (XII. 23.) Kormányrendelet az igénybevételi díjak összegét, valamint tájékoztatásra irányadó szabályokat pontosan meghatározza. KSH-nak az egészségügyi kiadások alakulása Magyarországon 2010–2015 statisztikai adatai alapján a ráfordítások mintegy 67%-a hazánk államháztartásából valósul meg. A fennmaradó 33%-ot a magánszféra finanszírozza. Az említett államháztartási adat mintegy 5,2%-os eltérést mutat az OECD-átlagtól.

Kormányrendelettel<sup>31</sup> szabályozzák az Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozás részletes szabályait. A 2012-es év számos változást eredményezett, de a finanszírozás szemszögéből a legfontosabb az, hogy a szolgáltató által jelentett adat nem azonos a finanszírozási tétellel, valamint kizárólag a ténylegesen elvégzett beavatkozást finanszírozzák. A teljesítményelvű finanszírozásnak számos előnye és hátránya egyaránt van. Néhány szakirodalommal ellentétben véleményünk szerint a szolgáltató érdekeltsége a betegforgalom növekedésben semmiképp sem előnyként határozható meg. Ennek következtében a szolgáltató célja a betegforgalom növekedése, mely a minőségi és korszerű egészségi ellátás rovására valósulhat meg, annak ellenére, hogy a finanszírozás a minőséggel arányos. A betegforgalom növekedése a finanszírozó számára mindenképp többletkiadást jelent, ugyanis a szolgáltatást nyújtó minden elvégzett ellátást elszámolja a finanszírozóval. A szolgáltatásokat különféle pontrendszerek alapján térítik meg a finanszírozók.<sup>32</sup> Ezen negatívumokkal ellentétben jelenleg mégis az egyik legjobb finanszírozási forma, ugyanis a szolgáltatást nyújtó kiadásai a ténylegesen elvégzett kezelések után térülnek meg, ellenben a bázisfinanszírozással, ami ugyan olcsó, de előre kifizetett erőforrásból kell gazdálkodniuk a szolgáltatóknak.

Az egészségügyi finanszírozást költségvetési problémák is terhelik. Magyarországon hosszú évtizedek óta szélesedik a szakadék az egyének szükségletei, valamint a központi költségvetés teherbíró képessége között. A finanszírozóknak az

<sup>30</sup> [http://www.oep.hu/felso\\_menu/lakossagnak/ellatas\\_magyarorszagon/egeszsegugyi\\_ellatasok\\_megtekintve](http://www.oep.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok_megtekintve): 2017. szeptember 24.

<sup>31</sup> 137/2012. (VI. 29.) Kormányrendelet az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról

<sup>32</sup> ÁGOSTON István–BONCZ Imre–GÁBOR Katalin–ILLEI György–KRISZBACHER Ildikó–SÁNDORNÉ SZABÓ Iringó–SEBESTYÉN Andor: *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*. Medicina, Budapest, 2011, 22.

utóbbi években szembe kell néznie egy nemzetközi tendenciával, az egészségügyi költségrobbanással, melynek következtében a kiadások folyamatosan növekednek, szükségessé téve a források minél hatékonyabb elosztását.<sup>33</sup>

A korszerűbb egészségügyi rendszer iránti igények és szükségletek növekedésének következménye, hogy fokozottan növekednek az egészségügyi kiadások. A növekedés következtében előállnak a finanszírozó számára várt, valamint váratlan kiadások. Az utóbbi esetet példázva, 2010-ben az OEP által megjelentetett tájékoztató alapján számos vis maior, egészségügyi járvány, katasztrófa következett be. Az ilyen események következtében a betegek száma megnövekedett, amely az egészségügyi intézményeknek, kórházaknak, rendelőknek többletfeladatot, valamint jelentős mértékben megnövekedett költségeket jelentett. Az állam ilyen nem várt eseményekre külön tartalékot biztosít.<sup>34</sup>

Társadalmunk egészségi állapotának egyik fontos meghatározója az egészségügyre fordított kiadások mértéke, amelyet úgynevezett Nemzeti Egészségügyi Számlákkal (továbbiakban: NESZ) mérhetünk. A kiadások mérésére szolgáló rendszer 2014-ben teljes egészében átalakult, ami jelentős tartalmi és szerkezeti módosításokkal járt a korábbi évekhez képest. A legfőbb változást az jelentette, hogy a NESZ rendszere mindössze a folyó kiadásokat tartalmazza, a tőkefelhalmozás kikerült a számított alapadatokból.<sup>35</sup> Az eljárás módosításának elsődleges célja egy jobban átlátható rendszer megteremtése, amely lehetőséget biztosít az egészségügyi rendszerek világszintű összehasonlítására.

Az egészségügy alapvető kérdése, hogy hogyan lehet hatékonyan elosztani a rendelkezésre álló alapvetően szűkös erőforrásokat. A problémát az jelenti, hogy az egészségügyben az általánosan elfogadott piaci szabályozók nem, vagy csak igen speciális esetekben használhatók.<sup>36</sup> A szakértők véleménye szerint ez annak volt köszönhető, hogy az egészségügy egy speciális piac, hiszen az érintett páciensek kizárólag azokat a szolgáltatásokat tudják igénybe venni, amelyek a kínálati piacon fellelhetők. Tehát kijelenthető, hogy az általános közgazdaságtani piaccal ellentétben itt a kereslet-kínálati függvény fordított, hiszen az egészségügy esetében a kínálat határozza meg a keresletet. C. Wolf az 1992-ben megjelentetett szakirodalmában az egészségügyi piacot sokkal inkább “non-market”-ként határozta meg. Az egészségügyi szolgáltatások nem a páciens kedve szerint vehetők igénybe, hanem jobb esetben az egészségi állapota által indokolt mértékben. Ezzel ellentétben a fekvőbetegszakellátás gyakorlatában számos olyan példa található, amikor a beteg kórházban történő kezelése egyáltalán nem volt indokolt. Azáltal, hogy az egészségügyet egy

<sup>33</sup> TÖLGYESI Andrea: HBCS-n alapuló kórház-finanszírozás áttekintése és az innovációk beépülésének lehetősége. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2009/6., 37.

<sup>34</sup> [http://www.neak.gov.hu/data/cms990867/TOBBLET\\_TVK\\_ELL.PDF?query=finansz%C3%AD](http://www.neak.gov.hu/data/cms990867/TOBBLET_TVK_ELL.PDF?query=finansz%C3%AD), 2017. augusztus 30.

<sup>35</sup> <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok1015.pdf>, 2017. augusztus 29.

<sup>36</sup> CSÁKY András–FEJÉR László–MISZ Irén Irisz–KIS Gyula József–KOVÁCS József–URBÁN László: Egészségügyünk az ezredfordulón. In: *Egészségügy Magyarországon*. (szerk.: Glatz Ferenc), Akadémiai Kiadó, Budapest, 2001, 16.

speciális piacként határozhatjuk meg, számos kormányzati kudarcot fedezhetünk fel a finanszírozás tekintetében. Ezen kudarcok kiküszöbölését tűzték ki célul az új közmenedzsment irányzatához köthető egészségügyi reformok.<sup>37</sup>

A hazai egészségügyet alapvetően a szükségesség jellemzi, sosincs elegendő erőforrás, mely képes lenne lépést tartani a társadalom és az ellátórendszer szükségleteivel. Erőforrás alatt nem csupán a vagyoni hozzájárulást érthetjük, ugyanis a hiány felfedezhető mind a korszerű berendezés, a gyógyszerellátottság, mind pedig a megfelelő szakember oldalán. Ezen válságjelenségek az utóbbi években komoly problémát jelentenek a hazai egészségügy számára. Az egészségügyi rendszer legkomolyabb problémáját a megfelelő szakemberek elvándorlása, az egészségügyi szakképesítésbe jelentkezők csökkenése, valamint a kórházak jelentős eladósodása jelenti. Bár fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy az állam nagy hangsúlyt fektet a kórházak adósságának konszolidálására.

1970-ben kialakult egészségügyi költségrobbanás következtében Magyarország statisztikai adatai alapján 1980-ra jelentős gazdasági hátrányt halmozott fel, melynek kiküszöbölését XXI. század elejére várták. A remények ellenére sajnos manapság sem állapíthatjuk meg, hogy ezt a helyzetet sikerült volna gazdaságilag rekonstruálni. Napjainkban elkerülhetetlen, hogy a helyzet romlását a szolgáltatást igénybe vevő páciens ne érzékelje.

#### 4. AZ ÁLLAM SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYI FINANSZÍROZÁSBAN

WHO – Egészséget Mindenkinek 2000-re – által kidolgozott program értelmében állami feladatként határozták meg a betegségek megelőzését, továbbá a már kialakult betegségek korszerű és szakszerű kezelését, valamint a megfelelő finanszírozási rendszer kiépítését. Mindezen túl az állam feladata az egészségügyi ellátórendszer, valamint az egészségbiztosítási rendszer működtetése, továbbá az állampolgárok egészségi állapotának javítása, fenntartása. Hazánk egészségügyi finanszírozásának mechanizmusa nehezen átlátható, de elsődlegesen a megvalósulását úgy határozhatjuk meg, hogy a finanszírozó megvásárolja a szolgáltatást az egészségügyi ellátótól, majd az egészségügyi ellátó nyújtja ezt a szolgáltatást a páciens részére. Ezen folyamat megvalósulását a forrásallokáció teszi lehetővé. A forrásallokáció elsődleges célja, hogy biztosítsa a rendelkezésre álló források hatékony felhasználását különböző módszereken és mechanizmusokon keresztül.<sup>38</sup>

Magyarország egészségügyi finanszírozása alapvetően két formában valósul meg, közfinanszírozásban és magánfinanszírozásban. Azonban fontos felhívni arra a figyelmet, hogy a gyakorlatban egyik ország sem alkalmazza tisztán valamelyik finanszírozási modellt, hanem alapvetően a vegyes finanszírozás a jellemző.<sup>39</sup> A vegyes finanszírozási rendszer alatt azt értjük, amikor az adott ország mind a köz-, mind a magánfinanszírozásra jellemző elveket alkalmazza.

<sup>37</sup> HOFFMAN: i. m. 434.

<sup>38</sup> <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok1015.pdf>, 2017. október 25.

<sup>39</sup> KARNER: i. m. 67.

A közfinanszírozás megvalósulásának ismertetését megelőzően fontos meghatározni, mit értünk közfinanszírozott ellátáson. A közfinanszírozott ellátáson alapvetően azt az ellátást értjük, amelyet a NEAK-kal kötött finanszírozási szerződés alapján nyújtanak, és a biztosított ingyenesen vagy jogszabályban meghatározott díj fizetése ellenében vehet igénybe.<sup>40</sup>

A közfinanszírozás megvalósulhat adókból, valamint társadalombiztosítási hozzájárulások teljesítéséből. Alapvetően hazánk egészségügyi közkiadásainak finanszírozása az Egészségbiztosítási Alap terhére történik, melyről hazánk államháztartási törvénye egyaránt rendelkezik.<sup>41</sup> Ennek értelmében megállapíthatjuk, hogy Magyarországon a finanszírozási modellek alapelveit – a többi országhoz hasonlóan – vegyesen alkalmazzák. Az egészségügyi kiadások domináns részét a közkiadások képezik. A közkiadások legnagyobb területét a fekvőbeteg-szakellátás jelenti. Az EMMI által kidolgozott Egészségügyi Ágazati Stratégia megállapít olyan rendelkezéseket, amelyek alkalmazása esetén lehetőség nyílik a finanszírozásra negatívan ható ösztönzők kiiktatására, valamint a munkaerő megtartására. Lévéen, hogy a közkiadások mintegy négyötöd részét az OEP kasszájából teljesítik<sup>42</sup>, ezért a pénztár költségvetését tekinthetjük a legfontosabbnak a ráfordítások szempontjából.

A finanszírozás másik formája a magánfinanszírozás, amely megvalósulhat a teljes térítésből (full payment) vagy önrészfizetésből (co-payment).

A co-payment alatt alapvetően az egészségügyi ellátás igénybevételekor fizetendő díjat értjük, amelynek megfizetése nélkül a beteg nem jut hozzá a közfinanszírozású szolgáltatásokhoz.<sup>43</sup> Ez független attól, hogy a fizetési kötelezettségének maga tesz eleget vagy az egészségpénztár teljesíti. Kötelező co-payment díjak közé sorolhatjuk a már eltörölt vizitdíjat vagy a gyógyszerfizetés önrészét. A bismarckimodellt alkalmazó országokban alkalmazzák a költségmegosztást a háziorvosi, szakorvosi konzultációra, valamint a fekvőbeteg ellátásban egyaránt.<sup>44</sup> A Kormány szerepvállalása mind a közfinanszírozás, mind a magánfinanszírozás esetében megvalósul. Végezetül fontos megjegyezni, hogy az állami szerepvállalás nem csupán a megelőzésben és kezelésben kiemelkedően fontos, hanem a járulékszint és az egyéni vásárlás növekedésének elkerülésében is.

Az egészségügyi rendszer számára az egyik legfontosabb, hogy rendelkezésre álljon a szolgáltatás teljesítéséhez szükséges erőforrás, hiszen fedezet hiányában nem képes egészségügyi ellátást teljesíteni a szolgáltató. A Kormánynak kiemelkedő szerepe van mind az egészségi állapot javításában, mind az ahhoz szükséges pénzügyi feltételek biztosításában. Az említett országok közötti különbségek szín-

<sup>40</sup> [http://www.oep.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalok/gyogyito\\_megeleozo\\_ellatas/tajekozatok/tajekoztato\\_szerzodeses\\_kapcsolatok.html](http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyito_megeleozo_ellatas/tajekozatok/tajekoztato_szerzodeses_kapcsolatok.html), 2017. október 27.

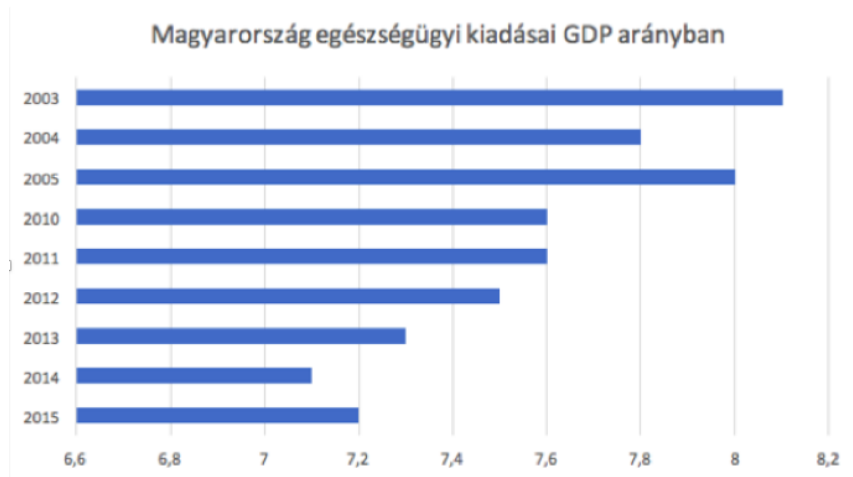
<sup>41</sup> 2016. évi CXLII. törvény az államháztartásról szóló 2011. évi CXCV. törvény és egyes kapcsolódó törvények módosításáról

<sup>42</sup> <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok.pdf>, 2017. október 28.

<sup>43</sup> KINCSES Gyula: Co-payment alkalmazási lehetőségek a korszerű egészségpolitikában. *IME*, 2006/5., 2.

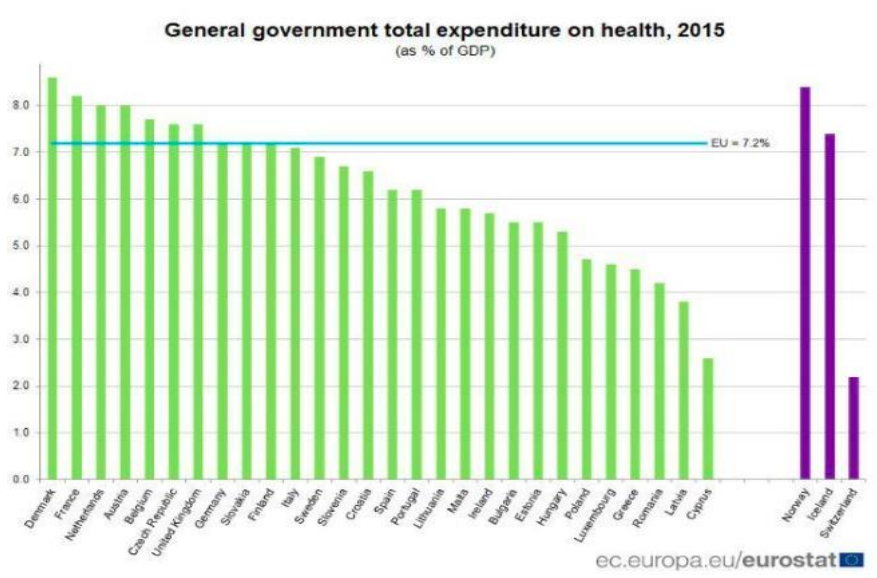
<sup>44</sup> SIMON: i. m. 175.

tén felfedezhetők a pénzellátás forrásai között. Alapvetően az országok egészségügyi kiadásainak összehasonlítását segíti a GDP-arányban meghatározott egészségügyi kiadás, valamint az egy főre jutó egészségügyi kiadások mérése.



1. ábra. Magyarország GDP arányában meghatározott egészségügyi kiadásai 2003–2015

Forrás: Saját szerkesztés



2. ábra. Általános kormányzati kiadások 2015

Forrás: ec.europa.eu/eurostat

A gazdaság szempontjából fontos mutató, hogy egy ország a GDP-jének hány százalékát fordítja az egészségügyre. A rendszerváltást követően általános tendencia volt egy takarékosági folyamat, amelynek következtében Magyarország egyre kisebb összeget fordított az egészségügyre az éves GDP-ből. Azonban az egészségügyi kiadások várt növekedési mértéke jóval nagyobb az ország GDP-jének növekedési mértékénél, amelynek gazdasági szempontból a főbb okai az alábbiak:

- Páciensek igényeinek emelkedése
- Társadalmi elvárások
- Technikai fejlődés – egyre növekvő orvosi költségek
- Előregedő társadalom – egyre többen kívánják igénybe venni az egészségügyi szolgáltatásokat

Magyarország társadalma az utóbbi évtizedekben előregedő társadalomként határozható meg, amelynek oka a várható élettartam növekedése, valamint az élve születési arányszám fokozott csökkenése.<sup>45</sup>

A felsorolt eseteken túl jelentős szerepe van az egészségügyi kiadások növekedésében a kezelések drágulásának, valamint annak, hogy az ellátásra szorulóknak köre bővül. Az OECD-országok tekintetében is számszerűen bizonyítható, hogy az egészségügyre fordított kiadások, valamint közkiadások nagyobb mértékben növekedtek, mint amivel a gazdasági növekedés lépést tudott volna tartani.<sup>46</sup> Az említett növekedés az OECD-átlaghoz képest is az egyik legalacsonyabb Magyarországon. Hazánk mindössze néhány országot előzött meg a 2015-ös statisztikai adatok alapján.<sup>47</sup>

Álláspontunk szerint a társadalmi elégedetlenség legfőbb oka, hogy a kiadások permanens növekedésével az állam teherbíró képessége nem tud lépést tartani. Ennek következtében folyamatosan szélesedik a szakadék a rendszer és az állampolgárok elvárásai között. Az említett növekedés arra ösztönözte a finanszírozót, hogy újabb és újabb reformok kerüljenek bevezetésre, amelynek következtében a finanszírozási módszerek száma jelentős mértékben növekedett. 2009-től az OEP hatáskörébe tartozik a finanszírozási eljárásrendek készítése, továbbá alkalmazásának felülvizsgálata. Az elmúlt időszakban mintegy 22 eljárási rend került bevezetésre.

1980-ra Magyarország komoly gazdasági hátrányt halmozott fel, amely az azt követő években tovább erősödött. Ennek következményeként Magyarországnak 2007-ben szembe kellett néznie egy magas államháztartási hiányban megmutatkozó pénzügyi krízissel, ami az egészségügyi ráfordításokban is érezte hatását.<sup>48</sup> Hazánk egészségügyi kiadásainak éves átlagos növekedése a rendszerváltást követő időszakban alacsonyabb volt, mint a GDP növekedési üteme.<sup>49</sup> Fontos megemlíteni, hogy hazánk az egészségügyi kiadások területén az EU-tagállamokhoz képest

<sup>45</sup> FEKETE: i. m. 27.

<sup>46</sup> 1992–2007: GDP: 7,2%-ról 8,6%-ra, a közkiadások pedig 5,3%-ról 6,2%-ra. OROSZ: i. m. 37.

<sup>47</sup> Mexikó, Lengyelország, Korea.

<sup>48</sup> <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok.pdf>, megtekintve: 2017. szeptember 03.

<sup>49</sup> 1992–2007 közötti időszak GDP növekedése: 3,3%, míg a kiadások: 2,1%.

jelentősen lemaradt, hiszen a tagállami átlag 9,9, míg az általános kormányzati kiadás átlaga 7,2.

Megvizsgálva az EHCI adatait, szintén erős elmaradás fedezhető fel a többi tagállamhoz képest.<sup>50</sup> Magyarországon összesen 2101 dollár az egy főre jutó egészségügyi kiadás, melyből a Kormány által teljesített összeg 1434 dollár, a fennmaradó rész pedig önkéntes hozzájárulás alapján valósul meg.<sup>51</sup> Ezzel szemben az első helyen álló Amerikában mintegy 9892 dollár az egy főre jutó egészségügyi kiadás. Az amerikai egészségügyi rendszerben a magánszektor szerepe az erősebb, hiszen magasabb az önkéntes hozzájárulás aránya, mint a központi költségvetés terhére teljesített összeg.

Álláspontunk szerint a hatékony összehasonlítás érdekében érdemesebb a GDP százalékában meghatározott kiadásokat figyelembe venni, hiszen ez az érték lehetőséget teremt annak meghatározására, hogy a valóban rendelkezésre álló összegből ténylegesen mennyit költött a kormány az egészségügyre.

Magyarország egészségügyi finanszírozása két formában valósul meg, de a legjelentősebb forrása a közfinanszírozás körébe tartozó kötelező egészségbiztosításból ered. A kötelező egészségbiztosítási források kezelését az Egészségbiztosítási Alap végzi. Az Egészségbiztosítási Alap 2016. évi költségvetése<sup>52</sup> alapján látható, hogy a kiadási előirányzat összege 1 963 689,6 millió forint, ezzel szemben a tényleges kiadás összege 2 044 078, 276 millió forint. A bevételek szignifikáns részét – 72%-át – a járulékbévételek és hozzájárulások adják. Míg az Egészségbiztosítási Alapba befizetett járulékok bérarányosak, addig a hozzájárulások előre meghatározott fix összegűek.<sup>53</sup>

Az Országgyűlés említett 1989. évi munkája nagy változást jelentett az egészségügyi finanszírozás tekintetében is. Ettől kezdve mind a munkáltatót, mind a munkavállalót járulékfizetési kötelezettség terheli, azonban 2012-ben a munkáltató által fizetendő társadalombiztosítási járulékot megszüntették, ennek ellenére fizetési kötelezettsége nem szűnt meg, hiszen külön törvény rendelkezései alapján adó teljesítésére köteles.

Az 1997. évi LXXX. törvény<sup>54</sup> célja az volt, hogy érvényre juttassa a szolidaritás elvét, valamint az egyéni felelősséget. Szintén ebben az évben került elfogadásra a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. tv. (továbbiakban: Ebtv.) A törvény értelmében az egészségügyi szolgáltatások az egészségi

<sup>50</sup> 1980-as években a GDP-ből való részesedés értéke 3,6–5% között volt, ami 1990-re elérte a 8%-ot. Ez a növekedés azonban rövid időre volt felfedezhető, 1994-ben 7%, majd azt követően 1998-ban 6%-ra csökkent.

<sup>51</sup> <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, 2017. október 27.

<sup>52</sup> [http://www.neak.gov.hu//data/cms1014698/E\\_Alap\\_2016\\_december.pdf](http://www.neak.gov.hu//data/cms1014698/E_Alap_2016_december.pdf), 2017. szeptember 4.

<sup>53</sup> [http://www.nyme.hu/fileadmin/dokumentumok/ktk/Kepzes\\_doktori/2005/2005](http://www.nyme.hu/fileadmin/dokumentumok/ktk/Kepzes_doktori/2005/2005), 2017. szeptember 27.

<sup>54</sup> 1997. évi LXXX. tv. A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről.



állapotnak megfelelő mértékben vehetők igénybe. A NAV által közzétett adatok alapján 2015. január 1-jétől a biztosított által fizetendő egészségbiztosítási járulék tekintetében két csoport különböztethető meg. Az első a természetbeni egészségbiztosítási járulék, amelynek értéke 4%, a másik a pénzbeli egészségbiztosítási járulék, ennek értéke pedig 3%.<sup>55</sup>A járulék vagy adó fizetésének kötelezettsége az egészségügyi kockázatközösségen alapszik, hiszen mindenkinek fizetnie kell egyénileg vagy közvetve, azaz járulékfizetési kötelezettségének a munkáltatója tesz eleget.<sup>56</sup>

Külön fizetési rend alapján történik az egyéni díjfizetés és a munkanélküliek díjfizetése. Példának okáért egyénileg fizetnek azok a személyek, akik nem állnak munkaviszonyban, illetve nincs tanulói vagy hallgatói jogviszonyuk. Fontos megvizsgálni azt az eshetőséget, amikor az adott személy elveszíti fennálló munkaviszonyát. Lévén, hogy ez az esetek jelentős részében váratlanul érik a munkavállalókat, ezért az Ebtv. megállapított egy passzív jogosultságot, amelynek értelmében a megszűnéstől számított 45 napig fennmarad az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság abban az esetben, ha megszűnést megelőzően legalább 45 napig fennállt a munkaviszony.<sup>57</sup>

Sajátos a helyzet azoknál a személyeknél, akik külföldön létesítenek munkaviszonyt. Az a személy, aki más EGT-tagállamban, Svájcban, nemzetközi szervezetnél vagy olyan államban szerez egészségbiztosítási jogosultságot, amellyel nemzetközi egyezményünk van, annak a megszerzett, valamint elvesztett jogosultságát be kell jelenteni az egészségbiztosítóhoz.<sup>58</sup>A bejelentést követően az arra jogosult szerv intézkedik a taj-szám érvénytelenítéséről, ezt követően az a személy, aki külföldön szerzett jogosultságot az egészségügyi ellátásra, nem a korábban megszerzett magyar biztosítás alapján részesül az ellátásban. Felmerül a kérdés, hogy a bejelentést követően van-e arra lehetőség, hogy egészségügyi ellátásban részesüljön Magyarországon ez a személy. Az EU-hoz való csatlakozás következtében a tagállamok állampolgárai lakóhelyükön teljes ellátásra, más EU-tagállamban pedig sürgősségi vagy egészségi állapotuknak megfelelő ellátásra jogosultak.<sup>59</sup> Ennek értelmében a bejelentést követően kizárólag sürgősségi egészségügyi ellátás igénybevételére jogosultak.

A társadalmi és gazdasági változásoknak köszönhetően évről-évre kibővült a biztosítottak köre, amely ezt követően kiterjedt az egyéni vállalkozókra, a társas vállalkozásokban személyesen közreműködő tagokra, valamint a munkanélküli személyekre.<sup>60</sup>

<sup>55</sup> [https://www.nav.gov.hu/nav/ado/jarulek/Fizetendo\\_jarulekok.html](https://www.nav.gov.hu/nav/ado/jarulek/Fizetendo_jarulekok.html), 2017. szeptember 7.

<sup>56</sup> <http://officina.hu/gazdasag/143-tb-jarulek-osszege-2017-tb-fizetes-egyenyileg-2017-munkanelkulieknek>, 2017. szeptember 7.

<sup>57</sup> 1997. évi LXXXIII. tv. a kötelező egészségbiztosításról.

<sup>58</sup> [http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/lakossagnak/ellatas\\_kulfoldon/kulfoldon\\_munkat\\_vallalok\\_bejelentese](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_kulfoldon/kulfoldon_munkat_vallalok_bejelentese), 2017. november 2.

<sup>59</sup> <https://btk.ppke.hu/DR/igazne.pdf>, 2017. november 1.

<sup>60</sup> 1996. évi LXXXVII. tv. a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény módosításáról.

## **ÖSSZEGRZÉS**

A II. világháborút követően létrejött jóléti államokban alapvető társadalmi elvárás volt, hogy valamennyi állampolgár számára igénybe vehető legyen az egészségügyi rendszer által nyújtott ellátás. Az egészségügyi költségrobbanás következtében felhalmozott gazdasági hátrány leküzdése napjainkban is komoly problémát jelent a mindenkori kormányok számára. A rendszerváltást követően az egészségügyi rendszer átalakításának elsődleges szempontjai közé nem a gazdasági érdekek, hanem sokkal inkább a politikai megoldások kerültek. Ezen megoldások mentén tovább erősödött az 1980-ban kialakult finanszírozási hátrány.

Az egészségügyi ellátás, valamint a prevenciók feladatok biztosításában a Kormánynak kiemelkedő szerepe van, hiszen elsődleges feladatai közé tartozik a kiadások finanszírozása, az egyének egészségi állapotának megőrzése, valamint a hatékonyság javítása. Ahogy arra rámutattunk, az egészségügyi gazdálkodás szoros kapcsolatot mutat az erőforrások megteremtésével és allokációjával, de fontos felhívni arra a figyelmet, hogy súlyos aránytalanság fedezhető fel az ország különböző területein a szolgáltatások színvonala között.

Megállapítható, hogy az aktív fekvőbeteg-ellátásban alkalmazott HBCS-en alapuló finanszírozás hatékony és innovatív módszer az egészségügyi költségrobbanás visszaszorítására, amellyel a szakirodalmi álláspontok is egyetértenek. Azonban a teljesítményelvű finanszírozásnál ahhoz, hogy a szolgáltató megfelelő finanszírozásban részesüljön és a kiadásai megtérüljenek, számos kötelezettségeknek eleget kell tennie. Nyugat-Európában általános tendencia, hogy a DRG-rendszert alkalmazó országok kutatóbázisok működtetésével segítik a hatékony finanszírozás megvalósulását. Hazánkban ilyen kutatóintézmények működéséről nem számolhatunk be, amelynek legfőbb oka az, hogy üzemeltetésük rendkívül költséges. Ahhoz, hogy a HBCS a jövőben is hatékonyan tudjon működni, fontos, hogy évenként felülvizsgálják a kiadásokat, valamint a rendelkezésre álló erőforrásokat. Álláspontunk szerint komoly problémát jelent az egészségügy számára, hogy a HBCS változásával együtt jár a forráskivonás, továbbá az, hogy a HBCS-súlyszám nem tartalmazza az amortizációt. Az amortizáció beépítésével könnyen javítható lenne az intézményekre jellemző alulfinanszírozottság.