

**AZ EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI RENDSZER ÁTALAKÍTÁSA:  
AZ ÚJ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRI RENDSZER**

**A TÁRSADALMI VITA ÉS A KOALÍCIÓS MEGÁLLAPODÁS  
ALAPJÁN KIALAKÍTOTT  
RÉSZLETES JOGALKOTÁSI KONCEPCIÓ**

**EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM  
BUDAPEST, 2007.**

## **Reform vízió**

**Magyarország sokat változott, fejlődött a rendszerváltozás óta. Mindezt nem követte az egészségügyi rendszer hasonlóan mély átalakulása. Nem igazodott a megváltozó feltételekhez, és ami fontosabb: nem alkalmazkodott a betegek és az orvosok jogos igényeihez sem. Az alapvető célunk az, hogy az ellátórendszer nyújtson folyamatosan javuló minőséget, legyen igazságosabb és legyen fenntartható. Ezért a változások eredményeként érezhető mértékben javuljon az orvosi gyógyító-megelőző munka minősége, szakmai- és költséghatékonysága, javuljon a betegek komfortérzete és csökkenjen a kiszolgáltatottsága, ennek következtében szűnjön meg a hálapénz.**

**Mindez csak a társadalombiztosítás reformjával együtt érhető el.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

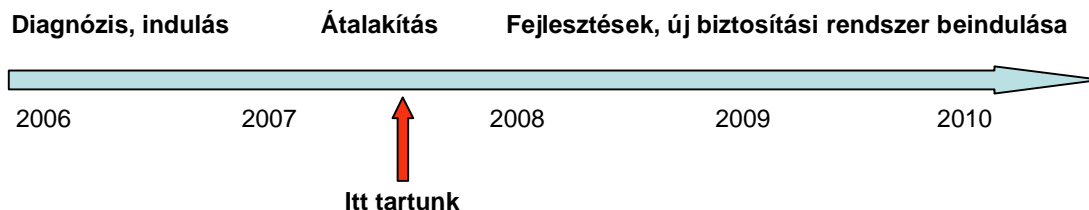
## **BEVEZET**

**Sok éves kisebb-nagyobb átalakítás után pontosan egy éve indult el az átfogó reform az egészségügyben.**

**A Zöld Könyv kijelölte a reform célját. Élünk minél többen, minél tovább, jobb életminőségben – ez a magyar egészségügyben végrehajtandó minden változás értelme. Azért kell átalakítani az egészségügyet, hogy az hatékonyabb és igazságosabb működéssel, jobban legyen képes megőrizni és helyreállítani az egészségünket.**

**A reformfolyamat három nagyobb szakaszra épül:**

- 1. szakasz (2006):**                    **diagnózis (Zöld Könyv),  
a reform elindítása (öt reformtörvény)**
- 2. szakasz (2007-2008):**    **az átalakítás időszaka**
- 3. szakasz (2008-2009):**    **a fejlesztések,  
az új biztosítási rendszer beindulásának  
időszaka**



**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **MIÉRT VAN SZÜKSÉG REFORMRA?**

**A Zöld Könyv részletesen feltárta a jelenlegi egészségügy legfőbb problémáit. Összefoglalva, azért van szükség a reformra, mert a jelenlegi egészségügy**

- 1. minősége nem megfelelő: az ellátás szakmai színvonalában indokolatlanul nagyok az eltérések,**
- 2. igazságtalan: nem nyújt egyforma hozzáférési lehetőséget mindenkinek, ezért nem érvényesül a szolidaritás,**
- 3. nem hatékony: egyszerre szegény és pazarló, forrásait nem ésszerűen használja fel, a helyi és országos politikai függés, a valódi érdekelttség hiánya nem ösztönöz racionális működésre,**
- 4. fenntartja a beteg kiszolgáltatottságát: a beteg nem tudja, mi jár neki, nem kap megfelelő tájékoztatást, sok esetben nem tekintik egyenrangú partnernek,**
- 5. meghatározó eleme a hálapénz: a korrupciónak ez a formája gyakran befolyásolja a szakmai döntéseket, rontja az ellátórendszer működésének hatékonyságát, megalázó helyzetbe hozza a beteget és az orvost is,**
- 6. nem biztosít méltó körülményeket sem a gyógyulásra, sem a gyógyításra: a kórházi komfort (étkezés, elhelyezés, higiénia) szintje gyakran rendkívül alacsony,**
- 7. nem nyújt méltányos és teljesítményarányos jövedelmet az orvosoknak és az egészségügyi dolgozóknak: az egyes szakmák közötti jövedelemkülönbségek indokolatlanul nagyok, a keresetekben nem tükröződik a munka minősége, a betegek elégedettsége.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **LEGFONTOSABB EREDMÉNYEK MOSTANÁIG**

**A reform elindult, a korábban megmozdíthatatlannak hitt rendszer elindult a változás útján. A tavalyi évben elfogadott öt reformtörvény meghozta az első eredményeket:**

- **A szigorodó jogviszony-ellenőrzés csökkentette a potyautasok számát.**
- **Új patikák nyíltak, javult a gyógyszerellátás, kényelmesebb lett a gyógyszerhez jutás.**
- **Folyamatos a gyógyszerárcsökkenés a verseny miatt, a gyógyszerkassza nem veszteséges,**
- **Az alapellátás finanszírozása stabilizálódott (vizitdíj).**
- **Ésszerűsödött az ellátórendszer, lényeges mértékben csökkent a felesleges aktív ágyak száma.**
- **Működik a betegjogok megtartását ellenőrző Egészségbiztosítási Felügyelet.**
- **Érzékelhetően csökkent a hálapénz az ellátás egyes területein (házi orvosok).**
- **A társadalombiztosítási kassza (E-alap) szufficites.**

## **MIÉRT VAN SZÜKSÉG A BIZTOSÍTÁSI REFORMRA?**

**A központilag irányított átalakítással sikerült eredményeket elérni, de egyértelműen látszik, hogy az állami eszközök eredményességének vannak határai. A legfontosabb célokat (jobb minőség, nagyobb igazságosság és hatékonyság) nem vagy alig, a betegek elégedettségének javítását pedig biztosan nem lehet egyedül állami eszközökkel elérni. Még az elmúlt év eredményei is csak akkor lesznek tartósak, és érdemi javulás is csak akkor várható, ha az elindult úton**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**végigmegyünk, és az egészségügy finanszírozási oldalát is átalakítjuk. Ez a biztosítási rendszer reformja.**

**A finanszírozási rendszer átalakítása, a valódi társadalombiztosítási rendszer megteremtése nem pusztán az egyik eleme az átalakításnak, hanem a legfontosabb eleme. Az egészségügyi rendszer felsorolt problémái mutatják, hogy tartós és jó megoldást csak a rendszer alapvető elemeinek megváltoztatása nyújthat. Általános szakmai konszenzus van abban, hogy a jelenlegi finanszírozási rendszer nem felel meg a nyugat-európai tb-rendszerek alapvető ismérveinek, jóllehet a német-francia típusú biztosítási rendszer megteremtése már 1990-ben is elhatározott szándéka volt valamennyi akkori parlamenti pártnak.**

**Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) – neve és az alapítók szándékai ellenére – nem lett biztosító, nem képviseli a betegek érdekét, csupán hatalmas kifizetőhivatalként működik, amelyik technikailag kezeli a számlákat. A jelenlegi reform célja tehát az európai és nemzeti hagyományoknak megfelelő modell kialakítása, amelyben természetesen továbbra is érvényesülnek azok a garanciális elemek, amelyek már a rendszerváltás előtt is, és utána is garantálták a szolidaritás és a nemzeti kockázatközösség elveinek betartását.**

**A biztosítási reform lényege, hogy a társadalombiztosítás működtetését új, egymással versenyző szereplőkre bizzuk. Az új szereplők új szemlélet hoznak, a köztük lévő szabályozott verseny pedig folyamatosan javuló minőséget és hatékonyságot eredményez. A verseny két szinten valósul meg: az új szereplők (a pénztárak) versenyeznek a biztosítottakért, ennek eszközeként versenyre kényszerítik az egészségügyi szolgáltatókat is.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**Az új biztosítási rendszerrel a jelenleginél hatékonyabban működő, a választás és a verseny előnyeit biztosító stabil rendszer jöjjön létre. A finanszírozási rendszer átalakításában erősödnek a biztosított jogok: valódi szolidaritásra épülő rendszert hozunk létre, ahol világos mindenki számára, hogy saját vagy az állam által teljesített befizetés alapján hol, milyen ellátásra, milyen feltételekkel jogosult. A két legfontosabb alapelv, amire az új rendszer épül: a szabadság és a szolidaritás, azaz a verseny és az igazságosabb hozzáférés az ellátásokhoz.**

**Az új szereplők bevonásával vegyes rendszert hozunk létre, amely egyszerre épít a szakmai magánszereplőkre és az államra. A pénztárak közül az emberek választhatnak, de az állam mindegyikben többségi tulajdonos lesz.**

**Az új rendszer indulásánál és működésénél a verseny mellett a területi stabilitás szempontja is érvényesül. A területi stabilitás alapja a megye, ami nagysága miatt még biztosítja azt, hogy az emberek választási lehetősége megmaradjon, így valódi verseny lesz a pénztárak között. A kezdeti megyei elosztás egy induló állapot: a megyék azok, ahol egy-egy pénztár megkezdheti működését, de már másnap elkezdődik a verseny a biztosítottakért, az országos hatáskör és a tagtoborzás a választás lehetőségét teremti meg egy valóban szolidáris rendszerben.**

**A szolidaritást biztosítja, hogy fenntartjuk a kötelező biztosítás elvét, így senki nem marad ellátás nélkül - a pénztárak nem szelektálhatnak a betegek között, és aki nem választ magának pénztárt, azt a területileg illetékes pénztár köteles biztosítani. Az Egészségbiztosítási Felügyelet szigorúan ellenőrzi, hogy mindenki megkapja-e a szükséges ellátást.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**Az új rendszerre való áttérés nem jár járulékemeléssel, a jövőben is mindenki jövedelemarányos járulékot fizet, és a pénztárak fejkvótát kapnak az egyes biztosítottak után. A jól meghatározott fejkvóták miatt a pénztáraknak nem is áll érdekükben a szelekció. Az idős, beteg emberek után ugyanis több pénzt kapnak, mint az egészséges, fiatalok után. Ezzel a rendszer megerősíti a nemzeti kockázatközösséget.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK**

**A megalakuló kötelező egészségpénztárak fő feladata a kötelező egészségbiztosítási tevékenység, ezen belül az ellátás megszervezése és a finanszírozás. A tevékenységük országos hatáskörű, ugyanakkor érvényesül a területi felelősség. A pénztárakban a magánbefektetők 49 százalékos tulajdoni részt szerezhhetnek az 51 százalékos állami részvétel mellett. Az állami többségű részvétel folyamatosan fennmarad.**

**A kötelező pénztárak kiegészítő biztosítási tevékenységet nem folytathatnak, de a pénztártagok kérésére ajánlhatnak számukra kiegészítő biztosítókat.**

**A kiegészítő jellegű egészségbiztosítási szolgáltatásokat megvásárló biztosítottakat preferáló szelekció tiltott, a pénztárak kötelesek valamennyi hozzájuk be- vagy átjelentkező biztosítottat fogadni.**

### ***KÖTELEZŐ EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK ALAPÍTÁSA, LICIT***

**A pénztárak területek megvásárlásával és toborzással jönnek létre. Kötelező létszámkövetelményeknek kell megfelelniük. A pénztárak alapítási folyamata a területek (22 terület – 18 megye és 4 terület a fővárosban és Pest megyében) elosztásával indul.**

**Az elosztás pályázati előminősítést követő nyilvános liciten zajlik le. Egy-egy területre az a pályázó, pénztár szerzi meg a működési jogot, amely az adott terület ellátásáért a legtöbbet kínálja az árversenyben. Az árverseny megyénként zajlik le. A területi monopóliumok kialakulásának megakadályozása érdekében az egy-egy tulajdonosi kör által megszerzett területben legfeljebb két megye lehet**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

egymással határos. A teljes folyamat lezárulta után nem lesz kimaradó megye: minden megyében, területen lesz olyan pénztár, amely felelős lesz az ott élők egészségügyi ellátásáért. A pénztárak működése ugyanakkor nem korlátozódik az indulásnál megszerzett területekre: az országban bárhonnán kötelesek fogadni a biztosítottakat, és számukra is biztosítaniuk kell a lakóhely-közeli ellátást.

A biztosítottak pontosan tudni fogják, hogy a lakóhelyüket melyik pénztár szerezte meg. Az indulás technikájában a Főváros és Pest megye esetében van eltérés, mert ott 4 különböző pénztár szerzi meg a jogosítványt a toborzásra. A központi régióban lakók a toborzás előtt tájékoztatást kapnak arról, hogy melyik 4 pénztár kapta meg a területet. Ezt követően indul a toborzás, azaz a biztosítottak a területen működő pénztár (pénztárak) ismeretében dönthetnek arról, ha másik pénztárhoz akarnak tartozni. Természetesen itt is érvényesül az az elv, hogy senki nem maradhat ki a biztosításból, ezért a toborzás során nem választókat a toborzás után területileg hozzárendelt pénztár köteles biztosítani.

A megalakulási folyamat eredményeként várhatóan 8-12 pénztár fogja megkezdeni a működést, minden biztosított ezek valamelyikének lesz a tagja.

### ***TOBORZÁS, PÉNZTÁRVÁLTÁS***

A toborzás során a pénztárak versenyeznek a biztosítottakért. A verseny abban áll, hogy melyik biztosító milyen többletszolgáltatást kínál. Nem lehet verseny a járulékbán, a kötelező ellátásokat minden pénztárnak garantálnia kell, ezeket törvény szabályozza a jövőben is. Lehet, és lesz is verseny a pénztár saját többletszolgáltatásaiban:

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

melyik pénztár kínál például olyan szűrést, ami nem része az ellátási csomagnak, többlet-támogatást adhatnak gyógyszerek térítési díjához, vagy elengedhetik a vizitdíjat. Szintén a biztosítók versenyét erősíti a beteg sorsáról való gondoskodás, az általuk kínált ellátás -szervezés: a kiemelt szerződésű partnerkórházak rendszere, legrövidebb várólistájú intézmény kiválasztása, a beteg számára személyre -szabott időpontok egyeztetése, a komfort növelése stb. A biztosítottak az ország teljes területén élhetnek a választási lehetőséggel: bármely biztosított bármely pénztárat választhatja .

A toborzásra speciális szabályozás érvényes. A munkahelyi csoportos toborzást a törvény tiltja, mivel az kockázatszelekcióra adna lehetőséget. Törvény tiltja a szelekciós, célzott toborzást is: nem lesz lehetséges tehát egy-egy korosztály, lakosságcsoporthoz direkt marketing elemekkel történő megközelítése. E szabályok betartását a z Egészségbiztosítási Felügyelet ellenőrzi.

A pénztárak a pénztártagokkal nem kötnek szerződést , a szerződést a pénztárak és a tagok között – a toborzás, vagy ennek hiányában a területi elv alapján – a törvény hozza létre. A toborzási időszakban a jelentkezők egy egyszerű belépési lapot töltenek ki, amelyen nevük, lakcímük, születési idejük és helyük, TAJ-számuk szerepel. Sem a toborzás, sem a későbbi átlépés során a biztosítottól egészségi állapotára vonatkozó semmilyen adat nem kérhető. A pénztáraknak a pénztártagok részére értesítést kell küldenie a nyilvántartásba vételről, a tagi jogviszony létrejöttéről. A nyilvántartást az OEP utódszervezete (Alapkezelő) vezeti. A toborzott, illetve a területi elv alapján a pénztárhoz tartozók között semmiféle megkülönböztetés nem állhat fenn.

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**A pénztárak megalakulását követően a biztosítottak évente válhatnak biztosítót. A pénztárak a tagságuk egészségi állapotának javítása érdekében egészségfejlesztő, prevenciós programokat indítanak. A pénztárak abban lesznek érdekeltek, hogy a pénztártagjaikat hosszú távon megtartsák, mivel a nagyobb létszám a biztonságos működést garantálja. Az egészségfejlesztő és prevenciós programok a pénztártagok megtartását is szolgálják.**

**A pénztárak a működésük során sem alkalmazhatnak olyan módszereket, amelyekkel a drága betegeket távozásra, pénztárváltásra ösztönzik. Nem engedélyezett a jelentkezők közötti szelekció sem, valamennyi pénztár valamennyi hozzá jelentkező biztosítottat köteles fogadni. Az Egészségbiztosítási Felügyelet egyik kiemelt feladata lesz a pénztártagok távozásának vizsgálata.**

**Garancia a biztosítottak számára, hogy a pénztárak nem a hozzájuk tartozó tagok által befizetett járulékot kapják meg, hanem az összes járulék, állami hozzájárulás, befizetés mind egy közös alapba (Egységes Nemzeti Kockázatközösség Alap) kerül, és a pénztárak ebből az alaphoz a tagok után az ellátási igényt statisztikusan figyelembe vevő fejkvótát kapnak egy-egy hozzájuk tartozó biztosított után. Ezért nem lesz érdemes sem a gazdagabbak, sem az egészségesebbek „kimazsolázása”, illetve a szegények vagy betegek „elüldözése”.**

**Egy-egy pénztár a területekért folyó pályázat, illetve a tagtoborzás eredményeként minimum 500 ezer, maximum 2 millió biztosítottal kezdheti meg a működését. A területekért folyó versengés során legfeljebb 1,5 millió tagot szerezhethet, amit a toborzással emelhet az indulásig maximum 2 millióra. A határoknál a természetes demográfiai mozgás miatt  $\pm$  néhány százalék eltérés megengedett lesz.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**A későbbiekben a folyamatos működés során megszűnik a 2 milliós felső korlát, mert a biztosítottak számára a szabad átlépés jogát biztosítani kell. Az átlépések miatti létszámcsökkenés lehetősége miatt meg kell határozni a folyamatos működés minimum létszámát is (250 ezer fő). Amennyiben a taglétszám ez alá kerül, a pénztár elveszti a működési engedélyét, az ott maradt biztosítottakat másik eredményesen működő pénztár veszi át. A rendszerben garantált, hogy folyamatosan lesz pénztár, aki az ellátásért felel.**

## **AZ ELLÁTÁSI CSOMAG**

**Magyarországon, mint Európa legtöbb országában, három csomag került kialakításra: az alapcsomag, a biztosítási csomag és ami ezeken kívül van: a társadalombiztosítás terhére nem igénybevehető szolgáltatások köre (extra csomag).**

**Az új rendszerben az alapcsomag, a sürgősségi ellátás hozzáférése és finanszírozása nem változik. Az életmentő sürgős ellátásokat mindenkinek meg kell kapnia, függetlenül attól, hogy biztosított vagy nem biztosított. A nem életmentő ellátások esetében a biztosítottak nem minősülő külföldi állampolgároknak fizetési kötelezettsége van. A magyar biztosítottak részére az egészségügyi ellátórendszer által nyújtott sürgősségi ellátásokat – a mentés kivételével – a pénztárak fizetik a fejkvóta terhére.**

**A mentés finanszírozását továbbra is központi, előirányzat jelleggel az OEP jogutóda, az ún. Alapkezelő végzi. A pénztárak a mentőkkel nem kerülnek elszámolási kapcsolatba. A mentőszolgálat havi működési költségét közvetlenül kapja meg.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**A pénztárak alakulásakor a jelenleg finanszírozott biztosítási ellátási csomag lényegi változtatására nem kerül sor. Mindenkire, aki Magyarország területén lakóhellyel rendelkezik, a törvény erejénél fogva változatlanul kiterjed a biztosítási kötelezettség, ezért részére a járulékfizetés vagy annak állami átvállalása ellenében az alapsomagon túl a biztosítási csomag továbbra is járni fog. A pénztárszervezés és a folyamatos működés során a technológiák fejlődésével természetesen az ellátási csomag tartalma változhat, új eljárások, gyógyszerek, eszközök, műszerek kerülhetnek be a finanszírozásba és a régi, már nem költség-hatékony ellátások kikerülhetnek a rendszerből. Erről az ún. Díjtétel Bizottság dönt. Ugyancsak változhatnak, pontosodhatnak az egyes ellátások eljárási, igénybevételi szabályai, valamint meghatározásra kerülhetnek az egyes ellátások szakmai tartalmának részletei. Ezek a folyamatosan fejlődő szabályok (a „biztosítási protokollok”) egyrészt garanciát jelentenek a betegnek az általa a járulékért elvárható szolgáltatások tekintetében (mit várhat el a beteg a járulékért), másrészt ez teremti meg egy korrekt kiegészítő biztosítás alapját.**

**Az új egészségbiztosítási rendszerben a házi szakápolás és az ápolás egyéb formái a kötelező biztosítási csomag részét képezik, az ápolásbiztosítás nem jelenik meg önálló biztosítási ágaként.**

**A fertőző betegségek elleni küzdelem ellátásának finanszírozásában lényegi változás nem következik be, a fizetés két forrásból történik. A kötelező védőoltásokat az állami költségvetés az ÁNTSZ keretében fizeti meg. A nem kötelező védőoltások árához a fejkvóta terhére a Pénztárak támogatást biztosítanak, a biztosítottak térítési díj fizetési kötelezettsége mellett.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**A fertőző betegek gyógykezelését a Pénztárak finanszírozzák a fejkvóta terhére.**

**A kötelező biztosítási csomagba nem tartozó extra csomagba tartozó szolgáltatásokért a jövőben is fizetnünk kell. A szolgáltatások egy részére kiegészítő biztosítást köthetünk, de teljesen önkéntes alapon.**

## **EGÉSZSÉGPÉNZTÁRAK ÉS SZOLGÁLTATÓK: KÓRHÁZAK, SZAKRENDELŐK**

**A pénztárak a saját területeiken (megyéikben), átmeneti ideig kötelesek valamennyi ellátási kötelezettséggel bíró egészségügyi szolgáltatóval a rendelkezésre állást biztosító szerződést megkötni. A kapacitások lekötése normatívák alapján történik a minimálisan kötelező előírások figyelembe vételével. A részletes jogi szabályozás meghatározza a szolgáltatók maximális elérési távolságát és elérési idejét, valamint a pénztári várólisták megengedhető hosszát is. A szolgáltatók tényleges finanszírozása a betegeknek, a betegutakra is tekintettel meghozott döntése alapján, a konkrét egészségügyi ellátások igénybevétele szerint történik.**

**Az egészségpénztárak a szolgáltatókkal finanszírozási szerződést kötnek. Ennek a szerződésnek két alaptípusa létezik; az általános és az ún. preferált szerződés.**

**Preferált szerződéssel finanszírozott tevékenységek esetén az alapdíjazástól pozitív és negatív irányba való eltérítés lehetséges (max.  $\pm$  10 %). Preferált szerződés adott szolgáltatónál bizonyos osztályokra, illetve konkrét tevékenységekre is köthető. A pénztárak a területeiken működő egészségügyi intézmények között a preferált**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**szerződés alkalmazásával ösztönzik a költséghatékony, minőségi, eredményes ellátást.**

**A szolgáltatók közötti differenciálás alapja a minőség, a gyógyítás eredményessége. Az intézmények minősítését jogszabályban meghatározott indikátorok alapján az Egészségbiztosítási Felügyelet hivatalból teszi közzé. Valamennyi biztosítottnak lehetősége lesz az intézmények gyógyítási minőségét megismerni.**

**Az egyes pénztárak saját minőségi indikátorokat is alkalmazhatnak, azonban ezeket nyilvánosságra kell hozniuk.**

**A preferált szerződések megkötésében azon szolgáltatók esetében érdekeltek a pénztárak, ahol a gyógyító tevékenység utólagos szövődményeinek száma alacsonyabb az átlagosnál, a betegek gyógyszeres terápiájának beállítása körültekintően történik, azaz a mellékhatások okozta többletköltségek minimalizálhatók. A Pénztárak alapvető érdeke azon szolgáltatók előnyben részesítése, amelyeknél jók a mutatók, pl.: a kórházba visszakerülés aránya a lehető legalacsonyabb. Ebből következően a pénztári rendszerben nem a szolgáltatás árának olcsósága a döntő szempont, hanem a teljes körű egészségügyi ellátás közép-hosszú távú költséghatékonyasága. Ezért érdekeltek a Pénztárak a betegút szervezésében, mert nem mindegy nekik, hogy milyen szolgáltatóhoz kerül a pénztártagjuk.**

**Ez a megfontolás ösztönzi a Pénztárakat az egészségfejlesztési és prevenciós programok működtetésére is. A jó erőnlétben, általános állapotban lévő biztosítottak egy esetleges megbetegedés esetén kevesebb szövődménnyel, olcsóbban gyógyíthatók, mint az**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**egészségtelen életmódot folytató, rossz életminőségű betegek. Ezek a megfontolások a minőségi ellátás ösztönzői az új rendszerben .**

**Az alakulást követő átmeneti időszakban a pénztárak azokon a területeken, ahol van pénztártaguk, kötelesek szerződést kötni az ott területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szolgáltatókkal, amennyiben azok megfelelnek a minőségi követelményeknek. A pénztár ezen szolgáltatók esetén abban dönthet, hogy általános vagy preferált szerződést köt, illetve mekkora kapacitásra köt szerződést. A pénztárak által leszerződendő kapacitások minimumát az elérési szabályok (a betegnek milyen távolságban kell ellátást biztosítani) határozzák meg.**

**Amennyiben a pénztártag olyan szolgáltatónál kíván igénybe venni nem sürgősségi szolgáltatást, amellyel a pénztárnak nincs szerződése, akkor a szolgáltatónak beavatkozás előtt a pénztár hozzájárulását kell megszereznie, kivéve, ha az elérési szabályok megsértésével a pénztár nem biztosít megfelelő ellátást a betegnek, mivel ebben az esetben bármelyik intézmény által nyújtott szolgáltatást finanszíroznia kell a pénztárnak.**

**Sürgősségi ellátást bárki bármely egészségügyi intézményben igénybe vehet, azt a pénztára köteles finanszírozni .**

**A pénztáraknak a progresszivitási elv figyelembe vételével kell a szolgáltatókkal a szerződéseket megkötni. A pénztárak működésének megkezdését követő átmeneti időben úgy kell tekinteni, hogy a pénztáraknak minden szolgáltatóval van szerződése . Ezen átmeneti idő alatt a teljesítmény-volumen korlát (TVK) az intézmények részére még szükségszerűen megmarad.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **BERUHÁZÁSOK AZ ÚJ RENDSZERBEN**

**A jelenlegi rendszerben az OEP feladata a működési költségek finanszírozása, a nagyértékű eszközöket, a beruházásokat – tehát a fejlesztéseket és az eszközpótlást – alapvetően a tulajdonos-fenntartó kötelezettsége finanszírozni. Ezen általános elvtől törvényi szinten szabályozott módon lehet csak eltérni. A tulajdonos-fenntartók az állami költségvetésből és egyéb – döntően uniós – forrásokból szerezhetik meg a szükséges pénzeszközöket.**

**A több-pénztáros rendszer – figyelembe véve az önkormányzati törvény kööttségeit is – a jelenlegi elveken nem kíván változtatni, azaz fennmarad a duális finanszírozás.**

**Uniós forrásokból az ellátórendszer fejlesztésekre pályázati úton kb. 400 milliárd forint elköltését tervezi a kormányzat változatlan keretek között. A forrásokra az egészségügyi szolgáltatók, illetve tulajdonosaik/fenntartóik pályázhatnak.**

**Nagyon jelentős változás azonban, hogy az átalakítási, beruházási költségek finanszírozásában új szereplőként jelennek meg a pénztárok. A létrejövő egészségpénztárat a törvény kötelezi arra, hogy a közpénzekkel való eredményes gazdálkodás eredményeként felszabaduló források meghatározó részét az egészségügyben költsék el.**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **A PÉNZTÁRAK ÉS AZ ELLÁTÓRENDSZER KAPCSOLATA**

### ***A PÉNZTÁRAK KAPCSOLATA A HÁZIORVOSOKKAL***

**A Pénztárak a területeiken lévő valamennyi háziiorvossal kötelesek szerződést kötni. A pénztár értelemszerűen köteles lesz valamennyi olyan háziiorvosi, házi gyermekorvosi praxis sal szerződést kötni, ahová a hozzájuk tartozó biztosítottak bejelentkeztek, akkor is, ha csak egyetlenegy betege van bejelentkezve egy adott háziiorvoshoz.**

**Az alapellátás tekintetében 2009. év elejétől az átmeneti időszakban a törvény erejénél fogva valamennyi alapellátási szolgáltatót szerződöttnek kell tekinteni, az átmeneti idő végére kell a Pénztáraknak a területükön a finanszírozási szerződést nyújtani.**

**A Pénztárak egészségfejlesztésben, prevencióban való érdekeltsége arra ösztönöz, hogy az alapellátást megerősítsék .**

**A háziiorvosi ellátás finanszírozási rendszere átalakításra szorul, a pénztárak által működtetett rendszerben a kártyapénz mellett erősíteni kell a teljesítményelemeket.**

### ***TERÜLETI ELLÁTÁSI KÖTELEZETTSÉG***

**Az új rendszerben a háziiorvosok, házi gyermekorvosok területi ellátási kötelezettsége nem változik .**

**Mind a járóbeteg ellátásban, mind a fekvőbeteg ellátásban van lehetőség új, minőségi ellátást nyújtó szolgáltatók befogadására. Az ilyen ellátást javító kapacitások időközben módosíthatják a meglévő intézmények ellátási kötelezettségét, amennyiben a jogi követelményeknek megfelelnek .**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**Amennyiben egy szolgáltató a területi ellátási kötelezettségébe tartozó beteget lát el, azt az adott pénztárnak finanszíroznia kell.**

### ***BEUTALÁSI REND***

**Fontos változás az új rendszerben, hogy a pénztárakkal szerződött alapellátásban, járóbeteg szakellátásban dolgozó orvosok az általuk kiállított beutalón – az elérési szabályok megtartása esetén – csak a pénztárral szerződött szolgáltatót szerepeltethetik. Amennyiben a beutaló orvos – a nem sürgősségi ellátást – a pénztárral nem szerződött szolgáltatónál kívánja elvégeztetni, akkor a beutaló kiállítása előtt erre jóváhagyást kell kérnie a pénztártag Pénztárától.**

**A pénztár átvállalhatja többlétszolgáltatásként a magánorvosi számlák részben vagy egészben történő kifizetését is, ilyenkor a beutalási rendbe gyakorlatilag a magánorvosok is bekerülnek.**

### ***VÉDŐNŐI HÁLÓZAT***

**A védőnői hálózat működésének finanszírozása az E-Alap terhére történik. A szolgáltatókkal a Pénztárak kötnek szerződést, de nem a fejkvóta terhére, hanem az elkülönített védőnői kassza terhére fizetik a hálózat működését.**

### ***PÉNZTÁRAK ÉS GYÓGYSZERTÁRAK, GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ FORGALMAZÓK, GYÓGYFÜRDŐK KAPCSOLATA***

**A gyógyszertárak, gyógyfürdők és a gyógyászati segédeszköz forgalmazók vonatkozásában a pénztárak szerződéses kapcsolata a törvényből eredően kiterjed valamennyi működési engedéllyel rendelkező patikára és gyógyászati segédeszköz üzletre, gyógyfürdőre. Nem kell tehát az új finanszírozási rendszerben valamennyi patikának**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

egyenként valamennyi pénztárral szerződnie: a biztosított az ország bármelyik patikájában vásárolhat gyógyszert. A gyógyszertárak és a gyógyászati segédeszköz forgalmazók az Alapkezelő felé nyújtják be a vényelszámolást, és az egyes pénztárak felé a TAJ szám alapján történik a támogatások számlázása.

A gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatás rendszere országosan egységes marad, azaz, ugyanaz a támogatott készítmény valamennyi gyógyszertárban, ugyanazon térítési díjon szerezhető be.

A pénztáraknak lehetőségük van az alapsomag keretében a betegek által fizetendő térítés egy részét átvállalni, azaz, csökkenthetik a betegterheket. Ez a szisztéma megakadályozza, hogy a pénztárak a támogatási rendszeren keresztül kockázatszelekciót valósítsanak meg.

## **A SZOLGÁLTATÁSOKÉRT FIZETENDŐ PÉNZTÁRI DÍJAK RENDSZERE**

A teljesítmény-finanszírozás alapvető metodikai változatlanok maradnak (német pont, HBCS, BNO, stb.) az új rendszerben, a tarifarendszeren belül pozitív és negatív irányban maximum 10 %-kal lehet eltérni a Díjtétel Bizottság által meghatározott díjaktól. A negatív irányú eltérítéshez a szolgáltató hozzájárulása szükséges.

A díjakat az ún. Díjtétel Bizottság állapítja meg és évente vizsgálja felül. A Bizottság munkájában a szolgáltatók képvisellete biztosított. Az árkontroll lehetőségének monitorozása és a szükséges szankcionálás alkalmazása a Gazdasági Versenyhivatal feladata.

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **AZ ÁTMENET ÉS A MŰKÖDÉS**

**Az egészségügyi ellátás folyamatos finanszírozásának garantálásához az ellátási kiadások teljesítésének zavartalanságát biztosítani kell . Ez a feladat a pénztárak megalakulása után is a Kincstár feladata marad, mert az egészségügyi ellátások finanszírozása nem függhet a járulék-folyószámla országon belüli ingadozásától.**

**Ennek érdekében a Kincstár hőközben előleget nyújt az egészségügyi ellátások (fejkvóta) finanszírozására, azaz az eddig működő járulékmegelőlezési rendszer értelemszerűen fennmarad . Havonta történik meg a tényleges elszámolás a pénztárakkal.**

**Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) jelenlegi formájában 2009-ben megszűnik: feladatait az Alapkezelő és a pénztárak veszik át. Az Alapkezelő tartja nyilván, hogy melyik biztosított hol pénztártag, számolja ki a pénztáraknak járó fejkvótákat, hozzá futnak be az intézményi jelentések és az átmeneti időben folytatja az intézmények, szolgáltatók finanszírozását.**

### ***A FINANSZÍROZÁS RENDSZERE***

**A pénztárak belépése nem hoz változást a finanszírozás időbeli rendjében, a tárgy-időszakokra járó teljesítménydíjak, illetve támogatások kifizetésének intervallumai alapvetően változatlanul maradnak.**

**A több-pénztáros rendszerben a teljesítmény-volumen korlát a jelenlegi formájában nem értelmezhető . A pénztárak természetesen maximálisan érdekeltek lesznek az indokolatlan teljesítmények, párhuzamos ellátások visszafogásában. A pénztárak saját maguk**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**dönthetnek arról, hogy milyen – a nemzetközi gyakorlatban is használt – metodikákat alkalmaznak a kiadások kordában tartására: előzetes autorizáció, vizsgálati és terápiás eljárásrendek, volumen-szerződések, bázis-finanszírozás, preferált szerződések, stb.**

**A pénztárak indulásakor a szolgáltatások finanszírozásának pénzforgalmi rendje gyakorlatilag nem változik. A járulékokat változatlanul az APEH szedi be, a kiutalásokat a Kincstár útján finanszírozza a rendszer. Az OEP jogutódja, az Alapkezelő a pénztárak biztosított állománya alapján számolja ki az adott pénztárra jutó fejkvótát, havi bontásban, amelyről elvi folyószámlát vezet. Az elvi folyószámla bevételi oldala a teljes körű egészségügyi ellátás fejkvótája, a kincstári oldal a pénztárhoz tartozó biztosítottak által ténylegesen igénybe vett – pénztár által autorizált szolgáltatások díjtételei adják.**

**Amennyiben a pénztár a fejkvótáját adott hónapban túlkölte, akkor a túlköltést a biztonságos működést garantáló pénztári tőketartalék terhére kell finanszírozni. A keletkezett megtakarítás havonta jelenik meg a pénztárak számláján.**

**Kellően hosszú átmeneti idő után, amikor a pénztárak működése „bejártódott” és a saját informatikai rendszerüket kialakították, a fejkvóta pénzforgalmi kezelése átkerülhet a pénztárakhoz. Az egy-egy pénztárra jutó fejkvóta-tömeg kiszámítása továbbra is az Alapkezelő feladata marad.**

**A járulék beszedés és a járulék-folyószámla kiegyenlítés rendszere azonban változatlan marad. Az átalakítás miatt nem változik a járulék mértéke, a járulékot továbbra is a munkabér után fizetjük,**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

illetve fizeti a munkáltatónk. A jövőben is az APEH szedi be a járulékot. Nem változik az sem, hogy a gyermekek, a nyugdíjasok, a GYES-en, GYED-en lévők, a szociálisan rászorulóknak stb. után a Magyar Állam fizeti be a havi fix összegű járulékot.

### ***A MŰKÖDÉS KÖLTSÉGEI***

Az OEP jelenlegi működési költségét nem lehet alapul venni a pénztárak működési kiadásainak megítélésénél. A kormányzati szándék az, hogy a jelenleginél jóval magasabb színvonalú egészségbiztosítási finanszírozási, ellátás-szervezési rendszer alakuljon ki. Egyértelmű, hogy ez a minőségjavulás működési költségnövekedéssel jár. A mai relatív alacsony működési költség nem a jelenlegi rendszer erénye, hanem a rossz működésének egyik oka (a minőségbiztosítás és az ellenőrzések elégtelensége, a betegút-szervezés teljes hiánya stb.)

Az a cél, hogy a pénztárak a betegek biztonságosabb kezelése, gondozása érdekében szervezzék a betegutakat, és csak a ténylegesen elvégzett, szakmailag indokolt beavatkozásokat finanszírozzák.

Ez a rendszer megköveteli a folyamatba épített ellenőrzést és az autorizációs folyamatok kialakítását. Az OEP és területi szerveik (MEP-ek) jelenleg csak utólagos szűrőpróbaszerű, kis hatékonyságú ellenőrzéseket végeznek, emiatt a felesleges, szakmailag nem indokolt és számos esetben el sem végzett beavatkozások finanszírozására felbecsülhetetlenül sok járulékból származó készpénzt költünk el. Egy jól működő, több-pénztáros rendszerben a betegút-szervezés és a finanszírozás hatékonyságának javításával felszabadított források többszörösen meg kell haladják az ehhez szükséges működési többletkiadásokat.

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**A pénztárak működési költségét a törvény az éves E-Alap bevételhez viszonyítva 4 százalékban maximálja.**

### ***A FEJKVÓTA***

**A járulékbefizetés rendszere nem változik meg a biztosítási rendszer változásával. Az új rendszerben a pénztárakhoz tartozó biztosítottak nem a járulékat, hanem az ún. fejkvótát viszik magukkal.**

**A fejkvóta az egészségügyi igénybevételi adatokra épül: a különböző korú- és nemű biztosítottakra különböző értékű, amely statisztikailag elismeri az adott korú és nemű személy ellátási költségigényét. Általánosságban elmondható, hogy egy idős ember fejkvótája lényegesen több, mint egy fiatalé. E két tényezőn (kor és nem) egy sor egyéb tényezőt is figyelembe kell venni a fejkvóta meghatározásakor. Ismert, hogy az ország különböző részein eltérő összegeket fordítunk egy-egy ugyanolyan korú, nemű beteg ellátására. Célja a rendszernek az igazságtalanság kiküszöbölése, ezért fontos, hogy pl. a lakhelyet, vagy bizonyos nagykötségű, krónikus betegségeket is figyelembe vegyen a fejkvóta. Miután az örökölt szerkezeti és igénybevételi igazságtalanságok nagyok, csak több éves ütemezett átmenettel lehet a fejkvótáknál a kiegyenlítést megoldani.**

**Egy pénztár az ellátásunk során a hozzá tartozó valamennyi pénztártagra jutó fejkvótából gazdálkodik, abból kell az egészségügyi szolgáltatásokat kifizetni.**

### ***ELSZÁMOLÁS A PÉNZTÁRRAL***

**A rendszer induláskor úgy fog működni, hogy az egészségügyi szolgáltatók az OEP jogutód Alapkezelő felé számolnak el és a TAJ számok alapján az Alapkezelőnél történik az egyes pénztárak felé**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

a kiadások lekönnyvése, a fejkvóták kiadási oldalának megterhelése. Emiatt a szolgáltatóknak többlet adminisztrációt a több-pénztáros rendszer nem jelent. Az új finanszírozási rendszer fejlődésével – kellő átmeneti idő után – a szolgáltatók közvetlen pénztárak felé való elszámolási-finanszírozási rendje alakul ki.

A nemzetközi példák azt mutatják, hogy az ilyen rendszerekben is általában működik egy központi „elszámolóház”, ahová a szolgáltatók jelentenek, és amely az egyes biztosítók felé teríti az elszámolásokat. Magyarországon ezt a szolgáltatást az Alapkezelő hosszú távon is képes teljesíteni.

#### ***PÉNZTÁRAKNAK LEHET-E SAJÁT KÓRHÁZUK?***

Az egészségügyi szolgáltatók nem szerezhettek tulajdonrészt a pénztárakban, viszont a megalakuló egészségpénztáraknak a törvény nem tiltja meg, hogy egészségügyi szolgáltatóban tulajdont szerezzenek. A tulajdonszerzés azonban meghatározott feltételek teljesüléséhez kötött:

- A szolgáltatás minősége, eredményessége a saját tulajdonú szolgáltatónál a Felügyelet által ellenőrzötteen jobb kell legyen az átlagosnál.
- A szolgáltató finanszírozása a törvényben biztosított intervallumon túl nem téríthető el, azon nem kerülhet privilegizált helyzetbe.
- A szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződéseket a Felügyelet ellenőrzi.
- A pénztár által finanszírozandó összes szolgáltatáson belül a saját tulajdonú szolgáltatóval végzett szolgáltatás mértékét, minőségét jogszabály maximálja.
- A tulajdonszerzés megengedése mellett a működtetés törvényi szinten tiltott.

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **GARANCIÁK**

### **GARANCIÁK A BIZTOSÍTOTTAKNAK**

Az eddigiekben bemutatott garanciális elemek a biztosítottak számára garantálják a biztonságos, jobb minőségű működést. Garancia a toborzási szelekció tilalma (minden jelentkezőt köteles a pénztár fogadni), a csoportos (pl. munkahelyi) toborzás tilalma, az évenkénti átlépés lehetősége, a fejkvóta rendszer, a járulékok változatlansága, az ellátási szolgáltatások változatlansága. Garancia az Egészségbiztosítási Felügyelet működése, amely a biztosítottak jogait nem csak a szolgáltatókkal, hanem a pénztárakkal szemben is védi.

Nagyon fontos új elem a rendszerben, hogy a pénztárak kötelesek ún. felelősségbiztosítást kötni a finanszírozási döntések által okozott esetleges egészségkárosodások kártérítésére. Az Egészségbiztosítási Felügyelet folyamatosan ellenőrzi a várólisták hosszát, és az átlagosnál hosszabb várólistával dolgozó pénztárak esetében eljár.

### **GARANCIÁK A SZOLGÁLTATÓKNAK**

A jelenlegi rendszer merev, adminisztratív teljesítmény szabályozása jogosan népszerűtlen a szolgáltatók körében. Hiába működik az egyik kórház – vagy a kórház egyik osztálya - hatékonyabban, mint a másik, hiába elégedettebbek az egyik helyen a betegek, mint a másikban, a finanszírozás jelenleg ezeket a különbségeket nem veszi figyelembe.

Az új rendszer fontos sajátossága, hogy a minőségi és eredményes gyógyításokat végző szolgáltatókat és orvosokat a Pénztárak finanszírozási rendszer keretében a preferált szerződésekkel előnyben részesítik. A Pénztárak abban érdekeltek, hogy a tagjaik teljes körű

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

ellátást a saját szerződött szolgáltatók körében biztosítsák. Ez segíti a jól működő intézményeket a betegek megtartásában. A beutalási rend új szabályozása szintén a szerződött szolgáltatói körben tartja a betegeket. Az általános teljesítményvolumen-korlát megszűnik, a Pénztárak a folyamatba épített ellenőrzés eszközeivel egyedi, intézményre, szolgáltatásra szabott módszert alkalmaznak a teljesítmények befolyásolására.

### **GARANCIÁK A PÉNZTÁRAKNAK**

A nem megfelelően működő pénztárakat a biztosítottak otthagyhadják, a pénztárak így akár meg is szűnhetnek vagy veszteségesek lehetnek. Ezek a lehetőségek részei az üzleti kockázatnak, ezek elkerülésére, valamint a haszonra a pénztárak semmilyen garanciát nem kapnak. A Pénztárak eredményessége a biztosítottak elégedettségétől függ.

Ugyanakkor a Pénztárak biztonságos működésének garanciái, hogy

- a kisebbségi tulajdonosnak döntő befolyása van a pénztár irányítására,
- az állam a járulékot nem fizetők után fix összegű, valorizált befizetést garantál az E-Alapba,
- a Pénztárak részt vesznek a Díjtétel és a Fejkvóta Bizottságok munkájában,
- a fejkvóta meghatározása tervezhetően biztosítja valamennyi biztosított ellátásához szükséges szolgáltatások fedezetét,
- a Pénztárak az állam esetleges egyoldalú, a rendszer működését súlyosan veszélyeztető lépése esetén választott bírósághoz fordulhatnak.

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **AZ ELLÁTÓRENDSZER TOVÁBBFEJLESZTÉSE AZ ÚJ RENDSZERBEN**

**A kórházi ellátások struktúra átalakításának eredményeként jelentősen csökkent az aktív ellátást nyújtó ágyak száma és mintegy 8000 -rel nőtt a krónikus, rehabilitációs szolgáltatást adó ágyszám. Mindezen átalakítás ellenére, még mindig nem értük el a célmodellnek tekinthető kórházi ágysztruktúrát, azaz ezt az átalakítást a Pénztárak megalakulása után is folytatni kell. A fekvőbeteg ellátástól az egynapos ellátások és a járóbeteg-ellátás irányába kell terelni a betegeket, fokozatosan meg kell szüntetni a területi különbségeket a szolgáltatókhoz való hozzáféréshez, az intézmény kínálatban, mind a fekvő, mind a járóbeteg szakellátásban.**

**A megalakuló Pénztárak egyik legfontosabb feladata - és egyben érdeke is - a struktúraátalakítási folyamat folytatása. Ezt a célt a minimálisan kötelező szerződéskötési normatívák segítségével, a preferált szerződések alkalmazásával érik el.**

**Egyes, a progresszivitás legtetején lévő ellátások esetében az országban 1-3 centrum is biztosíthatja a minőségi biztonságos ellátást (pl.: csontvelő transzplantáció). Az ilyen jellegű szolgáltatások esetében a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően törvényszerű, hogy az intézménnyel több pénztár köt szerződést. A Pénztárak az ilyen ellátások vonatkozásában egyéb kiegészítő szolgáltatások nyújtásában versenyezhetnek a biztosítottakért (pl.: a betegek várakoztatás nélküli be- és hazaszállítása a központi szolgáltatóktól).**

**Gyakori megbetegedések esetén jelentős lesz a szolgáltatók közti verseny: a pénztári szerződés szempontjából létfontosságú, hogy**

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

melyik intézmény gyógyít eredményesebben. Ezek preferált szolgáltatói szerződésre számíthatnak. Lesznek olyan részlegek, melyekben bizonyos műtétek nem lesznek elvégezhetőek – mert a beteg biztonságos és eredményes ellátásához nem rendelkeznek megfelelő szakismerettel, gyakorlattal vagy felszereltséggel. Ezek az ellátóhelyek nem szűnnek meg, csak átalakulnak: egynapos ellátásokat fognak végezni, járóbeteg szakrendelések fognak működni bennük.

Kartellek kialakulásának az „egy” OEP-es modellben nagyobb a lehetősége, mint a több-pénztáros rendszerben. Ugyanakkor nem tagolható, hogy a kartell kialakítás potenciális lehetősége mindenütt a világon megvan akár szolgáltatók, vagy a gyártók, beszállítók, a forgalmazók és a pénztárok között is. A kartellek kialakítása ellen az állam szabályozással és a Gazdasági Versenyhivatal, mint hatósági-ellenőrző szerv működtetésével lép fel. A GHV intenzíven monitorozza és kontrollálja az egészségbiztosítási piac történéseit és azonnal beavatkozik, amennyiben kartell gyanús folyamatokat észlel.

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

## **MENETREND**

<b>2007. október közepe</b>	<b>Az egészségbiztosítási törvény tervezete a kormány elé kerül</b>
<b>2007. október vége</b>	<b>A törvénytervezet parlamenti be-nyújtása</b>
<b>2007. november-december</b>	<b>A törvénytervezet parlamenti vitája</b>
<b>2007. december vége</b>	<b>Zárószavazás</b>
<b>2008. január 1.</b>	<b>A törvény hatályba lép</b>
<b>2008 január eleje</b>	<b>Nemzetközi pályázat kiírása</b>
<b>2008. tavasz</b>	<b>Licit a területekért</b>
<b>2008. május-július</b>	<b>Toborzás</b>
<b>2008. ősz</b>	<b>A Pénztárak végleges struktúrájának kialakulása</b>
<b>2009. január 1-től</b>	<b>A Pénztárak megkezdik a tényleges működésüket</b>
<b>2009. eleje</b>	<b>A Pénztárak folyamatosan átveszik az ellátások finanszírozását</b>
<b>2009. ősz</b>	<b>Az első átlépési időszak a pénztárak között</b>

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

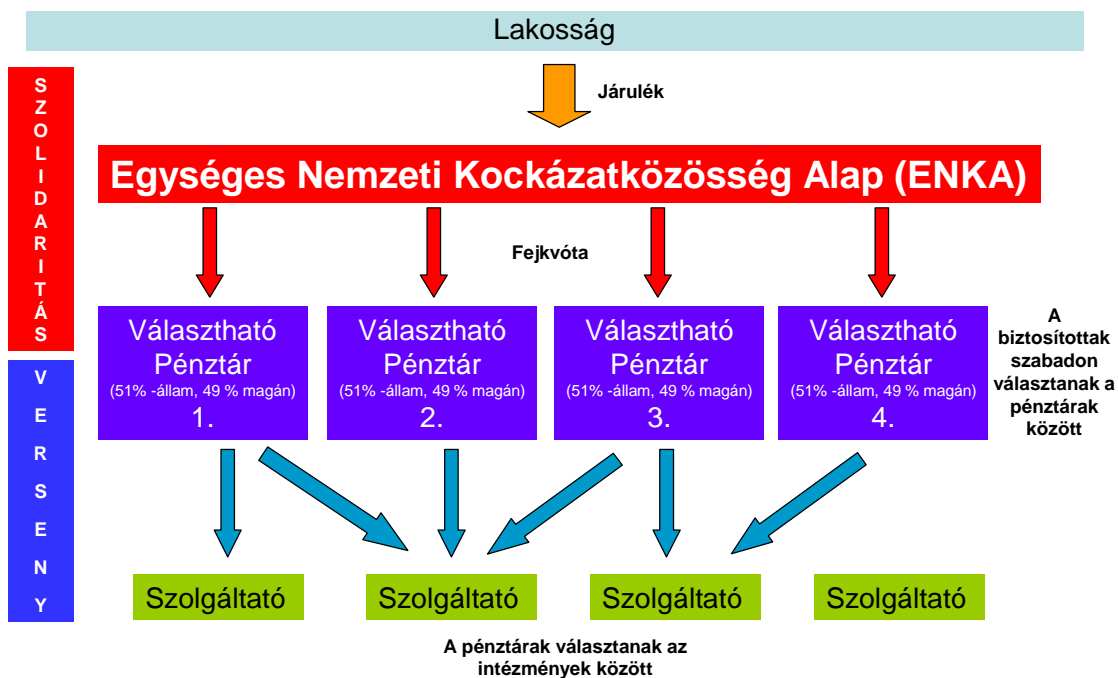
## **ÖSSZEFOGLALÓ**

**A reform iránya egyértelmű. A monopolhelyzetű OEP helyett állami többségi tulajdonú, de a magánbefektetők számára érdemi döntési jogokat biztosító pénztárak jönnek létre, amelyek között a biztosítottak évente egyszer szabadon választhatnak. A pénztárak versenyezni fognak a biztosítottakért – egyenként legalább félmillió, legfeljebb 2 millió fő ellátását biztosítva, így egyik sem kerülhet monopolhelyzetbe, de a biztonságos működés alapja is megteremtődik.**

**A mindenkire kiterjedő, kötelező és egységes egészségbiztosítás megmarad, valamint az ennek finanszírozását biztosító járulékfizetési és beszedési rendszer, és a forrásokat kezelő Nemzeti Kockázatközösségi Alap tovább működik. Az Alapnak folyamatosan egyensúlyban kell lennie. A pénztárak esetleges veszteségét a kockázati tartalékok, illetve a tulajdonosok fedezik. A biztosítottak számára – a kockázati alapon korrigált fejkvótából – az egészségbiztosítási pénztárak vásárolják meg a gyógyító szolgáltatásokat. A biztosítási csomagot jogszabály határozza meg, azt sem a pénztárak, sem pedig az egészségügyi szolgáltatók nem szűkíthetik, illetve a szolgáltatás nyújtását nem köthetik a jogszabályban előírtat meghaladó egyéb, anyagi vagy más feltételekhez. Jogszabály határozza meg azt is, hogy a pénztárak mekkora működési költséggel működhetnek, és mekkora haszonra tehetnek szert.**

**Az egymással versenyző pénztárak az államnál sokkal nagyobb hatékonyságot és egyre javuló minőséget kényszerítenek ki az ellátórendszerből, ami az emberek ellátásának színvonalát és elégedettségét érezhetően növeli.**

## Az új biztosítási rendszer ábrája





**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

**Bismarck szociális törvényei az 1800-as évek végén a társadalombiztosítás alapjait teremtették meg. Ma a bismarcki rendszer azt jelenti, hogy egy ország majdnem minden állampolgára biztosítási alap(ok) tagja, és a biztosítás finanszírozza az állampolgárok számára szükséges egészségügyi ellátást. A biztosítás társadalmi szintű, az állampolgárnak kevés kivételtől eltekintve kötelező részvétellel jár (pl. Németország meghatározott jövedelemhatár felett kereső lakosai, vagy Ausztriában néhány foglalkozási kategória kiléphet a kötelező biztosításból és magánúton biztosíthatja magát, ezek a csoportok azonban a lakosok 1-2 százalékát jelentik csupán).**

**A társadalombiztosítást a szolidaritás jellemzi, a kötelező biztosításban való részvétel járulékfizetésre alapozódik. A biztosítottak ellátása nem függ a befizetett járulék mértékétől. Országoktól függően változó mértékben a biztosításba fizetett járulékon kívül az egészségügyi ellátás finanszírozásában részt vállal az állam, az is az adóbevételeken keresztül, és hozzájárul az állampolgár is önkéntes magánbiztosításával és „zsebből fizetett” önrészfizetésével.**

**A régi EU tagországok közül a kötelező társadalombiztosítási rendszerek közé tartozik Németország, Ausztria, Franciaország, Belgium, Hollandia, Luxemburg, valamint a 2004-ben és 2006-ban csatlakozott országok Málta és Ciprus kivételével. Az EGT térséget tekintve Svájc sorolható még ebbe a csoportba.**

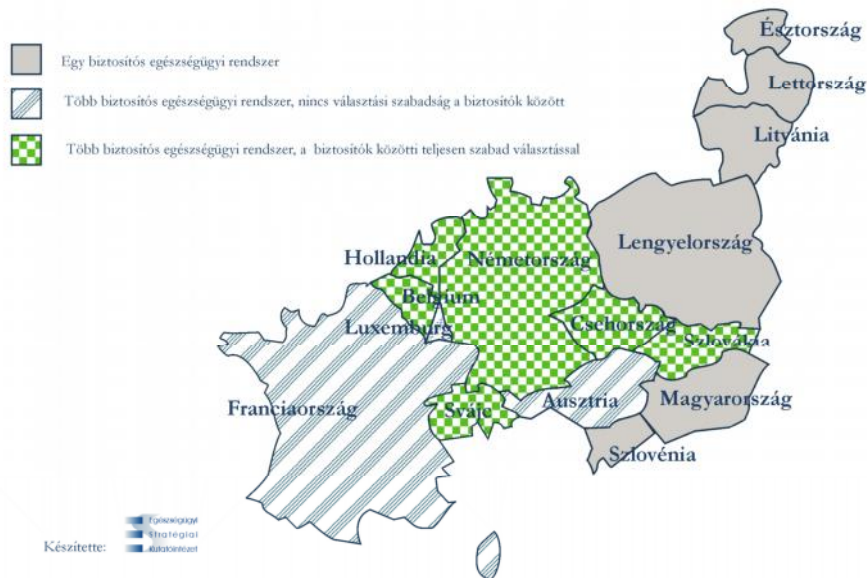
### ***TÖBB BIZTOSÍTÓ A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSBAN***

**A régi EU (EGT) tagországok biztosítási rendszereiben mindenütt több biztosító működik, a 2004 után csatlakozott tagországokban Csehországban és Szlovákiában van több-biztosító rendszer.**

## Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!

A kötelező társadalombiztosításban résztvevő biztosítók száma Németországban a legmagasabb (2007-ben 241 biztosító). Jellemző azonban a biztosítási alapok számának csökkenése, ennek mértéke is Németországban a legmagasabb, az 1991-es 1209-ről számuk 80%-kal csökkent. A járulékok a több-biztosítós rendszerekben is többnyire szabályozottak, jövedelem-függőek, Hollandiában fix összegű járulékkal egészülnek ki. Mértékükre a biztosítottak egészségi állapota nem gyakorolhat befolyást. A járulékok országosan, vagy foglalkozási csoportonként nagyjából egységesek, vagy a tervek szerint (Németország) egységesítésre kerülnek.

A lakosok szabadon választhatnak a biztosítók között Belgiumban, Hollandiában, Németországban, Svájcban, Csehországban és Szlovákiában.



A biztosítók a hozzájuk jelentkezőket szelekció nélkül kell, hogy elfogadják. A biztosítók azon kockázatának mérséklésére, amely a hozzájuk tartozó lakosok eltérő egészségügyi ellátás iránti igényeiből fakad, a több-biztosítós rendszerek többségében kiegyenlítő mechanizmusokat alkalmaznak. A kockázatkiszármazás módja a

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

fejkvóta alkalmazása az egészségügyi források elosztásánál, megtalálható azonban a fejkvóta szerinti forráselosztás egyes NHS típusú állami egészségügyi rendszerekben is (pl. Egyesült Királyság, Svédország) a regionális alapon szervezett ellátásszervezők finanszírozására. A fejkvóta kialakításánál általános a kor és többségében a nem, mint kockázati tényező figyelembe vétele, amelyhez ez számos helyi körülményekre szabott korrekciós tényező, kiigazítási technika társul. Közöttük előfordul a lakóhely urbanizáltságának foka (Belgium, Hollandia), valamilyen költségadat (táppénz – Németország, gyógyszerköltség – Hollandia), a biztosított társadalmi helyzetére utaló jellemző (Belgium). A betegség alapú kockázatkiigazítás inkább terv (Szlovákia, Németország, Svájc), mint megvalósult technika.

Szabályozott és országosan, vagy regionálisan nagyjából egységes, központi vagy területi (tartományi, megyei) törvényekben meghatározott a biztosítás fejében járó alap szolgáltatáscsomag is, amelyhez a biztosítók plusz szolgáltatásokat rendelhetnek, az alapcsomagból el nem vesznek. Hollandiában és Szlovákiában az alapbiztosításban magánbiztosítók is részt vállalhatnak. Ez a tendencia folytatódni látszik Csehországgal, ahol a cseh kormány által jóváhagyott 2009-ig szóló reformtervezetben egységes szabályokat akarnak bevezetni az egészségbiztosítók működésére. Minden biztosítót részvénytársasági formára alakítanak át, és a biztosítók között verseny alakulhat ki a páciensekért, valamint magánbefektetőknek is lehetőségük lesz belépni a szakmai egészségbiztosítók területére.

A több-biztosítós rendszerekben is szabályozott a piac. Az egészségügyi szolgáltatók többsége nincs a biztosítók tulajdonában, tulajdonviszonyaikat tekintve lehetnek magántulajdonban vagy állami, közösségi tulajdonban. A biztosítóknak mindenütt van arra

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

lehetőségük, hogy a szolgáltatókkal kötött szerződések tartalmában különbségeket tehessenek az egyes szolgáltatók között. Néhány országban, így Hollandiában, Németországban, Ausztriában (ez utóbbiban az alap és járóbeteg ellátásban) a biztosítók választhatnak a szolgáltatók között is, ami a verseny útján a minőség, az eredmények javulását szolgálhatja.

A több-biztosítóval működő országokban nem, vagy csak kevésbé jellemzők a várólisták, a várakoztatás az adóalapú, állami egészségügyi szolgálatokat működtető országok tipikus kereslet-szabályozó jelensége.

A Health Consumer Powerhouse (HCP) független elemző és kutatóintézet az európai fogyasztói egészségügyi információ fő szolgáltatója. 2005 óta évenként készítik el az Euro Health Consumer Indexet (Európai Egészségügyi Index), mely a fogyasztó szemszögéből rangsorolja az európai egészségügyi rendszereket.

A vizsgálatban 2007-ben a 27 indikátort alkalmazták, amelyeket 5 fő csoportba soroltak: beteginformáció és betegjogok, várakozási idők, teljesítmény, az egészségügyi rendszer bőkezűsége és a gyógyszerek. Nyilvános adatokból, betegszervezetek megkérdezéséből és a hivatalos szervezetek, minisztériumok információiból dolgoztak. Rangsorukban 2005-ben Hollandia, 2006-ban Franciaország, 2007-ben Ausztria az első (ez évben 29 ország, a 27 EU tagország valamint Norvégia és Svájc közül).

Figyelemre méltó, hogy a bismarcki típusú, társadalombiztosításon alapuló rendszerek, ahol jellemzően több, az egészségügyi ellátóktól független betegpénztár működik, az HCP felmérése

**Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!**

alapján jobbnak bizonyultak, mint a Beveridge-rendszerek, ahol a finanszírozás és ellátás részben vagy teljes egészében egy rendszerben történik. Már a 2005-ben készített indexben is, ahol csupán 12 országot vizsgáltak, arra a következtetésre jutottak, hogy azok az országok, ahol a finanszírozás és ellátás pluralitásának hosszú távra visszanyúló tradíciója van, és a betegek választási lehetősége van az ellátók között, akik nem diszkriminálnak a magán for-profit, non-profit, illetve az állami ellátók között, közösen jó eredményeket mutatnak a mért indikátorok többségében.

Ez a pozitív értékelés a következő években is fennmaradt. Az index 2007. évi eredményeit tekintve fontos megállapítani, hogy az első 5 helyezést elért bismarcki típusú rendszerrel jellemezhető ország esetében az első (Ausztria) és az ötödik helyezett (Németország) felmérésben kapott össz-pontszáma között alig több a különbség, mint az 5. helyen álló Németország és az öt követő Svédország között, a mely a Beveridge-rendszerek között a legjobb eredményt érte el.

A több-biztosítós társadalombiztosítási (bismarcki) modell nem minden szempontból, azaz nem minden egyes indikátor alapján bizonyult jobbnak az állami típusú (everidge-) rendszernél. Összességében azonban – az összes mutatót figyelembe véve – a fogyasztók értékelése szerint messze lekörözi a társadalombiztosításon alapuló modell az állami egészségügyi rendszereket. Az Egyesült Királyság rendszerét, amely egyébként pl. a lakosság, a betegek tájékoztatásában jó eredményeket mutathat fel, a kutatók a 17., Olaszország szintén adóalapú állami egészségügyét a 18. helyre tették.

## Tervezet! A Kormány álláspontját nem tükrözi!

### Európai Egészségügyi Index 2007

	Ausztria	Hollandia	Franciao.	Svájc	Németo.	Svédó.	Norvégia	Finno.	Dánia	Belgium
Rangsorban elfoglalt hely	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Luxem- burg	Észto.	Ciprus	Spanyolo.	Cseho.	Írország	Egyesült Királyság	Olaszo.	Portugália	Málta
Rangsorban elfoglalt hely	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

	Szlovénia	Görögo.	Szlovákia	Magyaró.	Románia	Litvánia	Lengyeo.	Bulgária	Lettország
Rangsorban elfoglalt hely	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Forrás: <http://www.healthpowerhouse.com/>