



# A magyar egészségügy finanszírozási (forráselosztási) rendszerének korszerűsítéséről

## A probléma globális okai

A technológiai fejlődés, a demográfiai és társadalmi változások miatt az egészségügyi szolgáltatások mennyisége és költsége minden országba egyaránt nő. Az életet meghosszabbító, és jobb életminőséget biztosító beavatkozások technológiai általában drágábbak<sup>1</sup>, és a meghosszabbított élet új szükségleteket szül. A 21. század jellemzője, hogy egyre több, addig halálos betegség válik nem gyógyíthatóvá, de tartós kezelés mellett átlagos élettartamot biztosítóvá. Mindezek összességükben mindenütt növelik az egészségügyi kiadásokat. A puha korlátok miatt igaz a szállóige, hogy az egészségügyre bármennyi pénzt el lehet költeni, de az sem elég. Az egészségügyben a szükséglet nehezen objektivizálható (a technológiai fejlődés folyamatosan növeli) és a ráakódó igények is növekednek. Az egészségügyi rendszer finanszírozásának beállítása meghatározza, hogy mennyit költ a közösség az egyének gyógyítására, milyen technológiák igazságos hozzáférését biztosítja. Ez az egyik legnagyobb társadalmi morális kihívás. A finanszírozási módszerek<sup>2</sup> - az egészségügyi biztosítási rendszeren keresztül - gondoskodnak arról, hogy ez a költség a lehető legnagyobb közösségi egészségnyereséggel, és ezek keresztül a költségeket messze meghaladó mértékű társadalmi haszonnal járjon. A lehető legnagyobb költség-hasznosságot kell elérni társadalmi szinten az összeg felhasználása során. Miután a fejlettebb államokban általános igény és társadalmi ígéret az egészségügyi ellátás hozzáféréseinek széleskörű biztosítása, a kormányok és biztosítók időről, időre áttekintik a finanszírozási lehetőségeket, és költségtakarékosabb, a forrásokat hatékonyabban felhasználó, a magasabb társadalmi hasznot jelentő eljárásokat és tevékenységeket, együttműködéseket jobban ösztönző megoldásokat keresnek. Így alakult ki Reagan idején az USA-ban az állami kiadások (MEDICARE, MEDICAID) növekedésének fékentartása érdekében az addigi tételes elszámolással szemben átlagköltség alapú elszámolású, a DRGs (Diagnosis Related Groups) rendszer. Ez paradigmaváltásnak tekinthető az addigi fee for service típusú (tételes, számlaszerű elszámolású) finanszírozással szemben.

---

<sup>1</sup> Egyértelműsíteni kell, hogy attól, hogy valami drágább, még lehet költséghatékonyabb, azaz az adott (megemelt) költségből sokkal több megnyert minőségi éveket, ezzel több társadalmi nyereséget hoz.

<sup>2</sup> Ebben a javaslatban a finanszírozás kifejezést a forráselosztás, a megtérítés szinonimájaként használjuk, és nem foglalkozunk a forrásteremtés kérdéseivel.

## A magyar előzmények

Magyarországon a rendszerváltozás után az egészségügy finanszírozása a szociális piacgazdaság ideájához illeszkedve a normatív teljesítményfinanszírozás elvére épült. Az aktív fekvőbeteg ellátásban ez a DRGs rendszer magyar adaptációját jelentette (HBCs). Az alapellátásban a szabad háziorvos választáshoz kötött fejkvóta alapú finanszírozás került bevezetésre. A járóbeteg szakellátás reálisan megvalósítható alternatíva hiányában fee for service típusú finanszírozásba került.

Az örökölt, szocialista egészségügy problémáira ez akkor jó és reális válasz volt: bevezette a szolgáltatói (intézményi) költségérzékenység fogalmát az egészségügy közgondolkodásba. Ugyanakkor a HBCs rendszer által felírható működési tartalékok már régen realizálódtak és a díjtételek karbantartása elmaradt, és a TVK rendszer bevezetésével egyre inkább egy bonyolult bázisfinanszírozás felé mozdul el a rendszer. Ugyanakkor ez ma sem ad választ a feladatarányosság kérdéseire. Bár a voltak előremutató megújítási kísérletek (pl.: Irányított Betegellátási Rendszer), de összességében a közfinanszírozott egészségügy megtérítési rendszere nem változott pozitív irányba. A közkiadások féken tartása szempontjából nevezhető ez eredményes lépéssorozatnak, de féken tartotta a teljesítményeket és a kiadásokat is - akadályozva ezzel az ország fejlettségének megfelelő, ahhoz igazodó társadalmi hasznosság / nyereség elérését.

A fentiek alapján megállapítható úgy a populációs szintű egészségi állapot javítása, mint az egészségügyi közkiadások minőségjavító kontrollálhatósága érdekében szükség van a magyar egészségügyi finanszírozás átfogó felülvizsgálatára.

Az egészségügyi finanszírozás bármilyen irányú és mértékű átalakítása esetén két dologra van szükség:

- a valós költségek ismerete,
- a nemzetközi finanszírozási trendek áttekintése.

## A valós költségek ismeretének szükségessége

Az előző időszak kudarcai mutatják, hogy a kampányszerű ráfordítás-mérések nem adnak tartós és hiteles eredményt. A finanszírozás karbantartását nem kampányszerű ráfordítás-felmérésből kellene végezni, hanem komplex, integrált informatikával támogatott, a szolgáltatók valós adatainak felhasználásával működtetett rendszerben. Erre jó alapot ad miniszter úr javaslata a "Smartkórház" létrehozásáról. Ha nem egy, hanem 3-4 különböző szintű és jellegű ilyen kórház jön létre, akkor azok adataival már pontos ráfordítás-analízist lehet készíteni, a HIS modul és a gazdasági modul összekapcsolásával.

A jó adatok kulcsfontosságúak a hatékony értékalapú árképzéshez is. Pontos és átfogó egészségügyi adatok az értékalapú egészségügy egyik legfontosabb részét képezik, mivel ezek lehetővé teszik a döntéshozók számára, hogy mérjék a kezelés hatását, kiértékeljék hol lehet javítani mind az ellátást, mind a folyamatokat, és végső soron az értékalapú árképzés alapjául szolgáló információkat nyújtanak. Például Svédország nagy hasznát vette a minőségi betegregisztereknek, melyek hosszú múltra visszatekintő történetének a különböző betegségek, többek között a csípőízületi protézisek és a szívgyógyászat terén.

A nyilvántartások, szakmai regiszterek minősége és lefedettsége nem egyenletes. Következetesebb adatgyűjtés, valamint az információk hatékonyabb integrálása a nyilvántartásokból

származó adatok és az elektronikus egészségügyi nyilvántartásokban gyűjtött adatok integrálása segíthetnének az értékalapú árképzés kiterjesztésére irányuló erőfeszítések alattamasztásában.

## A nemzetközi finanszírozási trendek áttekintése

A finanszírozási rendszerek alaptulajdonsága, hogy *nincs ideális finanszírozás, a különböző típusoknak más-más előnyei és hátrányai vannak*. A főbb finanszírozási típusok alapjellemzőit az alábbi táblázat foglalja össze sematikusán. (A táblázat állítási elnagyoltak és a fő üzenetek irányát jelzik, mert a finanszírozási környezet erősen befolyásolja az egyes technikák tényleges hatásait.)

	Fee for service finanszírozás	normatív teljesítmény- finanszírozás	bázis/fejkvóta alapú finanszírozás	Köteget/érték-alapú finanszírozás
finanszírozási (kiadási) kockázat a finanszírozónál	maximális	van, de kisebb	nincs	a primer finanszírozónál nincs, a forráskezelőnél van
finanszírozási (megtérülési) kockázat a szolgáltatónál	minimális	van, és nagyobb	maximális	rendszerfüggő
érdekeltség az ellátás eredményességében	nincs	a konkrét ellátás tekintetében igen	a konkrét ellátás tekintetében igen	globálisan igen
érdekeltség az ellátás minőségében	közepes	közepes	nincs	erőssé tehető
érdekeltség a beteg-elégedettségben	erős	közepes/erős	gyenge	erőssé tehető
költségérzékenység az utalványozót ellátások tekintetében	nincs	nincs	nincs	erősen megteremthető

Azt, hogy ezek közül melyiket választjuk, azt az egészségügyi rendszer aktuális problémái döntenek el. Magyarországon 1990-ben a teljesítmény és a forrás felhasználásának növelése érdekében alapelveként a normatív teljesítményfinanszírozás került bevezetésre.

## A DRGs rendszer nemzetközi tapasztalatai

A fee for service típusú finanszírozási rendszerek retrospektívek, azaz a kezelések megtörténte után kerül megállapítása a szolgáltató költségtérítésének mértéke. A DRGs rendszerű finanszírozások a rendszerek prospektívek (Prospective Payment System, PPS), azaz a szolgáltató az ellátási esemény megkezdésekor tudja, hogy mennyit fog kapni az ellátásért, azaz nem utólagos tételes elszámolás van. A fejkvóta rendszerű finanszírozás sem az egyes kezelések költségét téríti a szolgáltatónak, hanem átlagfinanszírozást jelent. Magyarországon a DRGs adaptáció, a HBCs rendszer Európában elsőnek, 1993. július 1-jén került bevezetésre.

Több ország kísérletezett PPS rendszerek bevezetésével, ezek közül a legismertebb, és legelterjedtebb a DRG/PPS rendszer, amelyet a Yale Egyetem vezetett be az 1960-as évek végén, és 1983 óta az amerikai Medicare-program használja a fekvőbetegek prospektív fizetési rendszereként. Azóta Ausztráliában, Németországban, Franciaországban, az Egyesült Királyságban, Japánban, Dél-Koreában és Skandináviában is bevezették. Széles körben használják az árképzés és kifizetés, a költségvetés tervezés, teljesítményértékelés és összehasonlítás területén.<sup>3</sup> Kínában 2017-ben kezdték el a DRG rendszer országos szintű bevezetését. A kínai kormány 2021-2025-ös egészségügyi stratégiai célja, rövid távon fokozni a költségcsökkentő tevékenységeket, például a volumenalapú beszerzést (VBP) és az értékalapú árképzést (DRG/DIP). Diagnózis-beavatkozási csomag (DIP). Az esetalapú kifizetés szokásos gyakorlatával ellentétben a DIP kifizetési rendszer tartalmaz egy árkiigazítási mechanizmust, amelyen keresztül az egyes esetekre vonatkozó tényleges költségtérítést utólag határozzák meg. Ezzel esténként átlagos 3,5%-os költségmegtakarítást értek el

Japán saját finanszírozási rendszert alakított ki.<sup>4</sup> A Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System (DPC/PDPS) diagnózis-eljárás kombináción alapuló átalánydíjas fizetési rendszer. A DPC-t a japán klinikai körülményeket figyelembe véve az USA Diagnosis Related Group, DRG alapján hozták létre. A DPC és a DPC/PDPS célja az orvosi költségek és szolgáltatások javítása volt.. A DPC/PDPS-t először 2003-tól 2014-ig 1585 kórházban vezették be.

Kezdetben aggodalmak merültek fel, hogy az újonnan bevezetett DPC/PDPS csökkentheti az orvosi ellátás minőségét, mivel a kórházak csökkenthetik pl. a szükséges képalkotó diagnosztikai és laboratóriumi vizsgálatok számát, és túl korán elbocsáthatják a betegeket.

Több tanulmány is vizsgálta a DPC/PDPS hatásait, és következtetéseiket az alábbiakban foglalták össze (Wang et al., 2010; Okamura et al., 2005; Kitazawa et al., 2014)<sup>5</sup>

- (a) Az orvosi ellátás minősége megmaradt, bár az újra felvett betegek aránya megnőtt.
- (b) Az orvosi költségek változatlanok maradtak.

---

<sup>3</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7720044/>

<sup>4</sup> Innovation in Medicine and Healthcare 2015, Prediction of Clinical Practices by Clinical Data of the Previous Day Using Linear Support Vector Machine - Takashi Nakai, Tadamasu Takemura, Risa Sakurai, Kenichiro Fujita, Kazuya Okamoto, Tomohiro Kuroda

<sup>5</sup> Outcome Management Research and Policies Including Quality of Care and Safety - Tomonori Hasegawa - Toho University - World Scientific Series in Global Health Economics vol. 6. 260. oldal.

- (c) A kórházi tartózkodás átlagos hossza lerövidült, és javult a kórházak belső hatékonysága.
- (d) Egyszerűsödött az orvosi díjrendszer és az információnyújtás.
- (e) A kórházakban ösztönözték az Evidence Based Medicine alapú Clinical Practice Guidelines és a kritikus beteg útvonalak használatát.
- (f) Továbbra is fennmaradtak az olyan strukturális problémák, mint az alacsony színvonalú vizsgálat és kezelés, a betegek kiválasztása és a felfelé kódolás.

Japánban az átlagos kórházban tartózkodási idő a PPS-t alkalmazó célkórházak esetében csökkent. A leghosszabb átlagos kórházi tartózkodási idő 4,4 nappal csökkent, 28,4 napról 24,0 napra. Emellett 1,8 nappal, 16,4 napról 14,6 napra csökkent a legrövidebb átlagos kórházi tartózkodási idő. Az átlagos kórházi tartózkodási idő azonban a PPS-t nem alkalmazó japán kórházakban is csökkent, így a kórházi tartózkodási idők csökkenése a PPS-t alkalmazó nyolc országos kórházban nem volt nagyon jelentős a PPS-t nem alkalmazó kórházakkal összehasonlítva.

## Trendek, tendenciák

### Érték alapú finanszírozás

Az értékalapú finanszírozás az egészségpolitika legújabb tendenciáinak nem pontosan definiált vezérszava. A lényege: a finanszírozó értéket, azaz egészséget, és nem szolgáltatást akar vásárolni a pénzéért. Ide tartoznak azok a finanszírozási technikák, amelyek vagy minőség, egészségnyereség alapján ösztönző finanszírozásban részesülnek, vagy költség-gazdálkodóként abban érdekeltek hogy az általuk kezelt forrásból minél több egészség (egészségnyereség) keletkezzen. A finanszírozók csökkentik kockázatot (prevenció) ezzel kontrollálják költségeket. A hagyományos finanszírozási technikák esetében a szolgáltatóknak nincs közvetlen érdeke a prevencióban.

A tradicionális fee for service technikákat az országok általában olyan technikákra cserélik, ahol a pénzügyi kockázaton osztozik a finanszírozó és a szolgáltató, és a mennyiségi ösztönzés kizárólagosságát eredményorientáltság és költséghatékonyság igénye váltja fel. Ezért egyrészt minőségorientált elemeket építenek be, de megjelentek azok a megoldások, amelyek szükséglet alapján leosztott keretből gazdálkodóvá (szolgáltatás vásárlóvá) teszik a szolgáltatók egy részét.

### Szolgáltatás vásárlóvá tett szolgáltatók

A 20. század végének újítása, hogy az ellátók csoportját a többi ellátások (utalványozott szolgáltatások) tekintetében is költség érzékenyvé akarják tenni. Ennek két fő típusa:

- leosztott (fejkvóta alapú) költségvetésből ellátás gazdálkodóvá válik egy szolgáltató
- az egy ellátási eseményláncba tartozó ellátás folyamatát (kivizsgálás, terápia, rehabilitáció) egyben finanszírozzák, mégpedig a végtermék (gyógyulás) alapján (kötegetelt finanszírozási rendszer, *bundled payments*)

Az elsöre példa a UK GP fundholder rendszer, ahol a házi orvos megkapta az általa utalványozható ellátások költségkeretét, és ezzel gazdálkodott. Logikáját tekintve ebbe a csoportba tartozik az USA Managed Care rendszere, és a magyar Irányított Betegellátási Rendszer is.

## A kötegelt finanszírozási rendszer

A költséghatékonyság növelése érdekében – leginkább az USA-ban és Angliában – kísérleteztek a kötegelt finanszírozási rendszer bevezetésével.

Ebben a rendszerben a finanszírozó egy probléma tekintetében az alapellátó orvosi, járóbeteg szakellátói, kórházi és egyéb egészségügyi szolgáltatói szolgáltatásokért fizetett összegeket egyetlen összegben foglalja össze, amit az ellátási epizód (összetartozó ellátási sorozat) során nyújtott összes tétel és szolgáltatás várható költsége alapján számol ki.

A finanszírozó ezzel az egészségügyi szolgáltatók számára egységes, kombinált kifizetést biztosít, amivel ösztönözi a szolgáltatókat, hogy hatékonyan nyújtsanak szolgáltatásokat, jobban koordinálják az ellátást, és javítsák az ellátás minőségét. Az egészségügyi szolgáltatók, akik az ellátási epizódok teljes időtartama alatt kötegelt kifizetésben részesülnek, nyereséget vagy veszteséget realizálhatnak, attól függően, hogy mennyire sikeresen kezelik az erőforrásaikat. (Ez gyakorlatilag egyfajta "szuperbruttó DRG"-nek tekinthető.)

A módszer ösztönzi a szolgáltatókat arra, hogy hatékonyabban koordinálják és nyújtsák az ellátást, mivel az egyetlen kifizetés általában több egészségügyi szolgáltató által, több ellátási környezetben nyújtott szolgáltatásokra nyújt fedezetet. A rendszer kockázata, hogy a szükségesnél alacsonyabb költségű ellátási szinten tartják a beteget, de miután a következmények pénzügyi kockázata is az övék, nem éri meg a szükséges ellátásokat "elspórolni".

A finanszírozó az ellátás gazdálkodónak (intézmény vagy konzorcium) vagy egy független betegút szervezőnek adja át a probléma globális budgetét, aki nyújtott és vásárolt szolgáltatásokkal gondoskodik arról, hogy a beteget mindig a legmegfelelőbb szinten lássák el. Magyarországon a modell külső betegút szervezés adaptált verziója a veresegyházi indulású IBR rendszer volt, amely kiterjedése után 14 központtal működött. Szakellátói kötegelt finanszírozási pilot program 2018-2020 között a TBC esetfinanszírozási program volt.

A tapasztalatok alapján lehetne Magyarországon kötegelt finanszírozási módszereket beállítani. Ehhez megfontolandó országos szintű betegút szervezőként a NEAK bevonása, de a szolgáltatói csoportok helyi megoldásai is hasznosak lehetnek.

## Következtetések

A magyar rendszer (mint általában az egészségügyi rendszerek) egyedi, de önmagában nem jobb vagy rosszabb bármely másnál. Viszont korszerűtlen, azaz változásra érett.

Összességében megállapítható, nincs üdvözítő technika, mindegyik más-más előnyökkel és hátrányokkal jár. A jó válasz az aktuális probléma szempontjából értelmezhető, azaz, hogy mi a fő, aktuálisan megoldani kívánt probléma (ellenőrizhetetlen költségnövekedés, kontroll nélküli utalványozás, minőségi hiányosságok vagy épp teljesítmény-visszafogás stb.)

Az 1992/93-ban bevezetett finanszírozási rendszer már régen realizálta azokat az előnyöket, melyek a DRGs rendszer magyar adaptációjáról várható voltak. A HBCs rendszer mára elavult és a karbantartás elmaradása miatt pontatlan:

- Túl régóta működik, a szereplők "megtanulták" a rendszert optimalizálni saját szempontjából. (Ez minden finanszírozási technikára érvényes, tehát egyiket sem célszerű tartósan, érdemi változtatás nélkül alkalmazni.)
- Nincs megfelelően karbantartva. Megjegyzendő, hogy nem csak a díjtételek (súlyszámok) karbantartása esedékes, hanem a megváltozott technológiák miatt maga a besorolási algoritmus is felülvizsgálatra szorul.
- A viszonylag alacsony TVK határ közelíti a rendszert a bázis finanszírozáshoz azzal a különbséggel, hogy a bázis megkapásához szükséges átlagteljesítményt nyújtani.
- A közben belépett bértámogatás végképp szétzilálja a rendszert, azaz nem egyértelmű, hogy mi a HBCs belső költség tartalma.

Mindemellett a DRGs (HBCs) rendszerek alapvető problémája, hogy a szolgáltatókat csak a nyújtott szolgáltatások tekintetében teszik költségérzékennyé, az utalványozottak tekintetében nem.

**Mindezek miatt a magyar egészségügy finanszírozásában átfogó felülvizsgálat és módosítás szükséges.**

Amennyiben rövid/középtávon fő elosztási technikaként marad a HBCs rendszer, akkor megfontolható egy olyan változás, amely a feladathoz, létszámhoz (a rendelkezésre álláshoz) igazítva előirányzatként odaadja a fix költségeket, és a változó költségek HBCs elven teljesítmény arányosan kerülnek megtérítésre. Mindennek alapja a fent leírt, a reál folyamatokból (nem időszakos mérésből) építkező ráfordításanálízis. Ennek előfeltétele -akár a TVK-ra alapozott pseudo-bázis finanszírozásnak- a bázis/TVK ellátandó terület/szakfeladat súlyozású újrahataározása. Megjegyzendő, hogy az NHS is célul tűzte ki <sup>6</sup>a vegyes finanszírozás általánosságát, és bizonyos ellátások Norvégiában is vegyes finanszírozásban vannak, tehát a fix + teljesítmény alapú rendszerekre is számos működő példa hozható.

---

<sup>6</sup> Az NHS hosszú távú terve kötelezettséget vállal arra, hogy vegyes kifizetéseket vezet be az összes szolgáltatások esetében. A vegyes fizetés egy fix elemet és legalább az alábbiak egyikét foglalja magában: változó elemet, kockázatmegosztást és minőség- vagy eredményalapú kifizetést. Bővebben:

[https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/22-23NT\\_Introduction-to-the-national-tariff.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/22-23NT_Introduction-to-the-national-tariff.pdf)

## Egyéb javaslatok

Mindezek mellett az alábbi javaslatok vizsgálándók meg:

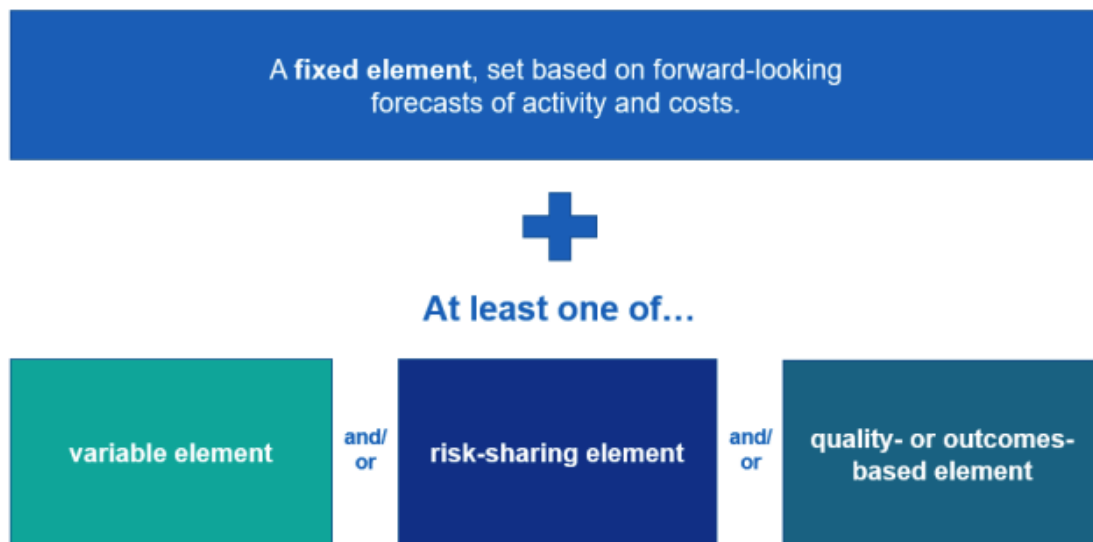
- A NEAK szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése, azaz szabad kapacitások és azonos elérhetőség mellett a NEAK minőségi, eredményességi és betegelégedettségi indikátorok alapján dönthessen, hogy kitől vásárol szolgáltatást.
- A kötegelt finanszírozás pilot alapú bevezetése egyes jól meghatározható területen indikátorok alkalmazása és premizálás intézményi szinten. A nemzetközi tapasztalatokra és már kipróbált és bizonyított kötegelt finanszírozási modellekkel lehetne kezdeni. Így például a Svédországban már jól alkalmazott OrthoChoice programra, amiben az elektív csípő- és térdprotézisek vonatkozásában alakítottak ki kombinált kifizetési modellt, ami költséghatékonyt és jobb minőségi eredményekhez is vezetett.<sup>7</sup>
- A betegek számára is fontos egészségügyi minőségi adatok mérésének elkezdése nem halasztható tovább.(PROMS, PREMS). Ez a kötegelt finanszírozási modellek bevezetéséhez elengedhetetlen. Ezt is evolúciós jelleggel kell elindítani és folytatni, illetve olyan területen kell kezdeni, mely egyrészt fontos és prioritást élvez a magyar egészségügyben, másrészt a bizonyított nemzetközi tapasztalatok is rendelkezésre állnak. Kiemelt területek: daganatos betegségek, kardiovaszkuláris betegségek, nagy költségvonzatú elektív műtétek. Jellemző indikátorok:
  - 30 napon belül mortalitás,
  - kórházi ismételt felvétel bármilyen ok miatt 30 napon belül,
  - reoperáció bármilyen ok miatt,
  - PROMS adatok: (beteg által bejelentett eredménymérő intézkedések, a beteg egészségi állapotáról szóló jelentés, amely közvetlenül a betegről jön, anélkül, hogy a beteg választ klinikus vagy bárki más befolyásolná),
  - a felépülési idő és a normális aktivitásig tartó idő a műtéttől számítva,
  - egészségnyereség és funkcionális státusz változása a műtétek után a csípő- és térdízületeknél,
  - életminőség: fájdalom a csípőben, térdben, a műtéti eredménnyel kapcsolatos elégedettség, munkavégzés státusz.
- A nemzetközi mintákat is felhasználva modernizálni kell a szakmai regiszterek munkáját, hogy minél inkább naprakész valid adatokkal rendelkezzenek és adjanak visszajelzést a döntéshozóknak, kórházoknak, osztályoknak és orvosoknak is.
- Meg kell vizsgálni a Best Practice Tariff („legjobb gyakorlaton alapuló díjtételek) alkalmazásának bevezetésének lehetőségét a különböző betegségek kezelésében, illetve különböző műtétek, kezelések alkalmazásánál. Erre nagyon jó gyakorlati példák találhatóak itt<sup>8</sup>: A magyarországi viszonyoknál fontos betegségcsoportokban kellene kezdeni a bevezetésüket, mint például akut stroke ellátás, szívinfarktus, NSTEMI, TIA,

<sup>7</sup> <https://www.commonwealthfund.org/publications/2020/apr/bundled-payment-models-around-world-how-they-work-their-impact>  
<https://ki.se/media/95244/download>

<sup>8</sup>[https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/22-23NT\\_Annex-C-Best-practice-tariffs.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/11/22-23NT_Annex-C-Best-practice-tariffs.pdf)



gyors colorectalis diagnosztikus betegút, nagy trauma, csípő- és térdprotézis beültetések.



## Összegzés

Az egészségügyi költségek szükségszerű növekedése miatt az államok mindenütt optimalizálni akarják az egészségügyi kiadások felhasználását, azaz az erősödő költségkontroll mellett az adott forrásból érhető legnagyobb társadalmi egészségnyereség elérésére törekednek.

A magyar egészségügy finanszírozási rendszere a '90-es évek elején alakult ki, és bár akkor korszerű elvekre épült, ma már átfogó felülvizsgálata javasolt.

Ennek elengedhetetlen előfeltétele a "van helyzet" feltárása, azaz az a *valós költségek és folyamatok ismerete*. Itt is megjegyezzük, hogy a fekvőbetegellátás problémái önmagukban a finanszírozási (elosztási) technikával nem kezelhetők, ehhez a szerkezet racionalizálása, az új környezethez igazítására is szükség van. Etekintetben változatlanul érvényesnek tartjuk Pintér miniszter úr számára 2020 májusában írt javaslatunkat, melyet mellékelünk.

Az eddigi technikák -az IBR időszaktól eltekintve- intézményfinanszírozási technikák voltak, melyek nem ösztönözték az intézményeket az együttműködésre, az utalványozott vagy generált költségek iránti érzékenységre. A nemzetközi példák (az ún. érték alapú finanszírozás) elveit is felhasználva kell a finanszírozási rendszer megújítását elindítani.

2022. június.

A Magyar Orvosi Kamara elnöksége