



Egészségbiztosítási
Felügyelet

A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók által nyújtott térítéses szolgáltatások elhatárolásának szempontjai

2010

TARTALOM

1. Vezetői összefoglaló	4
2. Bevezetés	6
3. Módszertan.....	7
3.1 A tanulmányban használt alapfogalmak.....	7
4. Térítéses ellátások helye az egészségügyi ellátások rendszerében.....	9
4.1 A térítéses szolgáltatások érintettjei	9
4.2 A szabad kapacitás léte, mértéke	12
4.3 Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának szervezeti háttere	13
4.4 A térítéses szolgáltatások reklámozása, összeférhetetlenség.....	14
4.4.1 A térítéses szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékoztatás és reklám	15
4.4.2 Az orvos szerepe a térítéses szolgáltatásokban.....	15
5. Térítéses és közfinanszírozott ellátások elkülönítése.....	17
5.1 A gazdálkodás elkülönítése	17
5.1.1 Közfinanszírozott szolgáltató nem nyújt térítéses ellátást.....	18
5.1.2 Közfinanszírozott szolgáltató térítéses ellátást is nyújt.....	19
5.2 Ellátásban részt vevő személyek elkülönítése.....	20
5.2.1 Teljesen elkülönített személyzet.....	20
5.2.2 Részben elkülönített személyzet.....	21
5.2.3 Azonos személyzet, külön szerződéssel.....	21
5.3 Természetbeni elkülönítés (hely, idő).....	22
5.4 Elkülönítésre vonatkozó javaslatok.....	22
6. A térítési díj megállapítása	25
7. Előjegyzés, várakozás	27
7.1 Közfinanszírozott váró- vagy betegfogadási listán szereplő személy térítéses ellátása	27
7.2 Előjegyzések vezetése azonos infrastruktúra használata esetén	27
8. Következtetések.....	29
I. függelék: Várólisták, előjegyzés.....	31
1. Alapelvek.....	31
2. Kezelendő esetek.....	32
a. Beteg jogállása, beutaló intézmény	33
b. Sürgősségi kategóriák.....	33
c. Vizsgálat elmaradása.....	34
3. Tapasztalt tervezési-kezelési módok	34
a. Kontingensek.....	34
b. Előresorolás orvosszakmai szempontok alapján és a felszabaduló vizsgálati időpontok kezelése.....	35

c.	Sürgős esetek kezelése kihagyott időpontokkal.....	35
d.	Elsőbbségi ellátást igénylő esetek kezelése.....	36
e.	Kimaradások, késések kezelése.....	36
4.	Javaslat az előjegyzési kérdések kezelésére.....	36
5.	Előjegyzés technikai lehetőségei.....	37
a.	A szolgáltatók által alkalmazott megoldások.....	37
b.	Javaslat.....	38
II.	függelék: A szervezet és működtetés szempontjából a szabad kapacitásfelhasználás tekintetében releváns jogi szabályozás.....	39
III.	függelék: A térítéses szolgáltatásokra vonatkozó tájékoztatás és reklám szempontjából releváns jogi szabályozás.....	41
IV.	függelék: Előjegyzés szempontjából releváns jogi szabályozás.....	42

1. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Az Egészségbiztosítási Felügyelet feladatának tekinti, hogy részt vegyen az egészségbiztosítás, az egészségügyi ellátás rendszerszintű kérdéseinek elemzésében, és segítse az egészségügyi szolgáltatókat a jogszabályoknak megfelelő működés kialakításában. Ezért 2009-ben indított vizsgálatában – az MRI diagnosztikai szolgáltatóknál végzett esettanulmányokra építve – külön figyelmet szentelt a szabad kapacitások térítéses vizsgálatok végzésével történő kihasználási lehetőségének kérdéskörére és a magán szolgáltatók bevonásának előnyeire és problémáira.¹

Az egészségügyi ellátás szereplőinek érdekeit vizsgálva a tanulmány megállapította, hogy a differenciált érdekek miatt nem jelenthető ki egyértelműen, hogy a térítéses ellátás az egészségügy egésze számára „jó” vagy „rossz” lenne, ezért sem teljes tiltása, sem korlátlan engedélyezése nem lenne jó megoldás. Az Egészségbiztosítási Felügyelet kitűzött célja, hogy azonosítsa a legjobb gyakorlatokat, ezzel segítve a szolgáltatókat szabad kapacitásaik térítési díjas szolgáltatás nyújtásával történő, jogszabályoknak megfelelő kihasználásában. Az elemzés során tapasztalt bizonytalanságok és több szinten is felmerülő aggályok miatt azonban ilyen, általánosan használható gyakorlatot jelen tanulmány sem tud bemutatni.

Az egyes szereplők eltérő érdekei, és a különböző gazdálkodási formák eltérő lehetőségei sokszor bonyolult, hosszú szerződéses láncolatokhoz vezetnek a finanszírozásban, szolgáltatásban. Minél többen vesznek azonban részt az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában, a hozzá kapcsolódó infrastruktúra üzemeltetésében, annál nehezebb eldönteni, ki is rendelkezik a szabad kapacitással. Az is lehetséges, hogy az egyes társaságok külön-külön már csak olyan részszerződést képesek nyújtani, amelyek önmagukban nem piacképesek. A közreműködő bevonásakor – különösen akkor, ha eltérő a tulajdonosi háttér – érdemes figyelni arra, hogy a szabad kapacitások felhasználásának lehetősége ne kerüljön ki ellenérték nélkül a közfinanszírozott szolgáltató kezéből. A kihasználható szabad kapacitások ugyanis értéket jelentenek, melyet a szerződés megkötésekor számításba kell venni.

A hosszú szerződéses láncok okozta problémákat és más szempontokat is figyelembe véve az állapítható meg, hogy bár több előnye van annak, ha egyetlen szolgáltató végzi a köz- és a magánfinanszírozott egészségügyi ellátásokat is, de ez esetben éppen a legproblémásabb kérdés, a szolgáltatások elkülönítésének megvalósítása válik nehezebbé. A térítéses ellátások közfinanszírozott szolgáltató általi nyújtásának egyik tipikus problémája ugyanis, hogy milyen módon és milyen mértékben kell a két szolgáltatásnak elkülönülnie egymástól. Míg a bevételek és kiadások elkülönített kezelése a közfinanszírozott szolgáltatónál viszonylag egyszerűen teljesíthető, a tanulmány következtetése, hogy a térbeli vagy időbeli elválasztás szigorú megkövetelése éppen a gyakorlatban leginkább jelentkező szabad kapacitások (berendezések, gépek, orvosok, szakdolgozók, üres kórházi ágyak stb.) kihasználását nehezíti meg. Feltételezve, hogy a magánfinanszírozott ellátás lehetősége az egészségügyi intézmények szabad kapacitásainak kihasználását és anyagi helyzetük javulását célozza, a fentieknek megfelelően a teljes fizikai elkülönítés helyett sok esetben más, ésszerűbb megoldást kell keresni.

Ezen problémákból adódóan szinte sehol nem tudott kialakulni olyan gyakorlat, ahol a problémás kérdések kiforrtak volna, ami kifejezetten jelentős abból a szempontból, hogy a kimunkált, rutinszerű működés hiánya miatt lényegesen nagyobb az esélye a betegjogi, gazdálkodási vagy egyéb szabályoktól való eltérésnek.

¹ Az Alkotmánybíróság 60/1992 (IX.17.) AB határozata értelmében a tanulmányban szereplő javaslatok, magyarázatok nem minősülnek állásfoglalásnak, jogi iránymutatásnak.

Bár az egyértelmű előírások hiányoznak, a keresett megoldásnak az alábbi feltételeknek mindenképpen meg kell felelnie:

1. A közfinanszírozott intézmény valóban csak szabad kapacitásait használja fel térítési szolgáltatások nyújtására – azaz az adott időszaki TVK-t teljes egészében használja fel.
2. A sürgősségi betegek ellátását ne hátráltathassa a szabad kapacitások felhasználása - értelemszerűen az éppen folyó beavatkozások, ellátás megszakítása többnyire nem szükséges.
3. A térítési ellátás érdekében a szolgáltató ne csökkentse vagy rontsa a közfinanszírozott ellátások számát, minőségét.
4. A térítési szolgáltatás nyújtásának feltételeit, módját, dokumentálását stb. részletes belső szabályzatok írják le.
5. Az ellátott számára már az ellátás megkezdése előtt – illetve adott esetben már a listára kerüléskor, előjegyzéskor – legyen egyértelmű, milyen finanszírozású ellátásban fog részesülni, és ez várhatóan milyen térítési díjjal jár.
6. Az ellátottak számára legyen előre és könnyen megismerhető a térítési szolgáltatás lehetősége, feltételei, ára.
7. Minden ellátásról legyen egyértelműen megállapítható és dokumentált, hogy milyen finanszírozás keretében történik, a finanszírozás módjának megállapítása ne önkényesen és ne utólag történjen.
8. A gazdálkodási rendnek megfelelően különüljenek el a kétfajta finanszírozás bevételei és költségei.

A tanulmány a fentiekén túl kitér a térítési ellátás nyújtásakor vagy reklámozásakor felmerülő etikai kérdésekre is. Megállapítható, hogy míg a Magyar Orvosi Kamara Etikai kódexe szerint az orvosi ténykedés csak tényszerű tájékoztatással, felesleges fogyasztásra nem ösztönző módon hirdethető, a legtöbb ellátás esetében nem tiltja jogszabály, hogy az egészségügyi szolgáltató az előírt tájékoztatási kötelezettségének teljesítése mellett térítési szolgáltatásait reklámozza is. Egyértelműen aggályos ugyanakkor az egészségügyi szolgáltató orvosainak a térítési szolgáltatások nyújtásához fűződő közvetett vagy közvetlen érdekeltsége.

Az árképzést vizsgálva az elemzés megállapítja, hogy jelenleg még nincsen kidolgozva egyértelműen a vonatkozó jogi szabályozás. A köz- és magánfinanszírozott ellátás eltérő piaci struktúrája, vevő-eladó viszonya, illetve más mérlegelendő szempontok miatt a két ellátás díja nem összehasonlítható, nem mondható ki általánosan, hogy az egyiknek a másiknál alacsonyabbnak, magasabbnak vagy azzal egyenlőnek kell lennie. A magánfinanszírozott ellátás keretében ugyanakkor a vevők között az árazásban önkényes megkülönböztetések nem tehetők.

A tanulmány záró részében az előjegyzések kérdésével foglalkozik. E szempontból elmondható, hogy mivel a várólistákra és betegfogadási listákra vonatkozó jogszabályok csak a közfinanszírozott egészségügyi ellátásokra terjednek ki a közfinanszírozott váró- vagy betegfogadási listán szereplő beteg térítési ellátása a listavezetés szempontjából ugyanolyan „külső” esemény, mintha a beteg másik szolgáltatónál venné igénybe az ellátást, és ezért lekerülne az adott listáról.

A tanulmányhoz csatolt függelékben az elemzés során felmerült, váró- és betegfogadási listák vezetésével kapcsolatos felvetések, illetve a vizsgált kérdések szabályozási környezetének rövid bemutatása található.

2. BEVEZETÉS

Az elmúlt években mind szakmai körökben, mind a médiában egyre többször merült fel az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények finanszírozásának problémája. A kórházak, rendelők, illetve fenntartóik aktívan keresik azokat a lehetőségeket, melyek a közfinanszírozáson felül többletbevételhez juttathatják őket, stabilizálva az intézmények gazdálkodását vagy akár fejlesztési lehetőségeket teremtve.

Az Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott ellátások körének és mennyiségének korlátozott volta miatt természetes, hogy az egyik, ilyen esetekben felmerülő lehetőség a rendelkezésre álló infrastruktúra, munkaerő és szaktudás nem közfinanszírozott ellátás céljára történő felhasználása, mellyel egyre több intézmény próbálkozik.

Ugyanakkor nincs kialakult gyakorlat arra nézve, milyen módon, milyen feltételek mellett használható ki ez a potenciális bevételforrás úgy, hogy az mind az egészségügyi szolgáltatásokra, mind a gazdasági tevékenység végzésére vonatkozó jogszabályoknak, etikai elvárásoknak, mind az OEP/REP által kötött finanszírozási szerződéseknek megfeleljen.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet feladatának tekinti, hogy részt vegyen az egészségbiztosítás, az egészségügyi ellátás rendszerszintű kérdéseinek elemzésében, megoldási lehetőségeket mutasson fel, és segítse az egészségügyi szolgáltatókat a jogszabályoknak megfelelő működés kialakításában. Ezért 2009-ben indított vizsgálatában – az MRI diagnosztikai szolgáltatóknál végzett esettanulmányokra építve – külön figyelmet szentelt a szabad kapacitások térítéses vizsgálatok végzésével történő kihasználási lehetőségének kérdéskörére és a magánszolgáltatók bevonásának előnyeire és problémáira.

Jelen tanulmány a térítéses szolgáltatás nyújtásával, illetve az ellátások kiszervezésével kapcsolatos fő kérdésköröket járja körül, mint a szabad kapacitás definiálása, köz- és magánfinanszírozás elkülönülése, etikai problémák, előjegyzés. Mivel az esettanulmányok készítésekor sok olyan releváns kérdés is felmerült, mely a térítéses szolgáltatások nyújtásához csak közvetve kapcsolódik, a tanulmány I. Függeléke az esettanulmányok alapján bemutatja, milyen megoldásokat alkalmaznak a szolgáltatók a gyakorlatban, elsősorban a betegek vizsgálati sorrendjének kialakítása, az előjegyzés és listavezetés tekintetében. Az egyes kérdésekre vonatkozó jogi szabályozás legfontosabb pontjainak összefoglalása a II-IV. Függelékekben szerepel.

Ha nem is ad készen alkalmazható recepteket, a tanulmány segít azonosítani azokat a jogszabályi és egyéb problémákat, amelyek legjelentősebb akadályai a szabad kapacitások kihasználásának, illetve felhívja a figyelmet a köz- és magánfinanszírozás együttes működtetése esetén jelentkező legfontosabb konfliktusokra.

3. MÓDSZERTAN

A tanulmány megírásához – a vonatkozó szakirodalom és jogszabályok áttekintésén túl – MRI szolgáltatók térítéses és közfinanszírozott ellátásait vizsgáló esettanulmányok szolgáltak alapul.

Mivel a diagnosztikai szolgáltatások többnyire jól elkülöníthetőek az egyéb ellátásoktól, és „kiszervezésük” egyre elterjedtebb gyakorlat, ezért jó mintául szolgálhatnak a kérdés vizsgálatához. A diagnosztikai szolgáltatások közül az összehasonlíthatóság érdekében egyfajta ellátástípus vizsgálata történt meg. Az MRI diagnosztika mintaként történő felhasználást indokolta, hogy itt a vizsgálatot végző berendezések nagy értékűek, így jelentős beruházást igényelnek, emellett technológiai kapacitásuk jellemzően magasabb, mint a szolgáltató számára az OEP/REP által finanszírozott vizsgálatok száma/típusa az adott időszakban. E két tulajdonság alapján racionális döntésnek tűnik e területen valamilyen alternatív megoldás alkalmazása: kiszervezés, magánvállalkozóval történő együttműködés vagy a szabad kapacitások más módon történő felhasználása.

A mintában szereplő intézmények kiválasztása előszűréssel történt. A meghatározott szempontok szerint vidéki és fővárosi, egy, illetve több berendezéssel rendelkező szolgáltató is kiválasztásra került. Szintén cél volt, hogy térítéses vizsgálatokat is végző közfinanszírozott szolgáltató, valamint az MRI vizsgálatokat teljesen vagy részben kiszervezett módon végző szolgáltató is szerepeljen az elemzésben. Az MRI vizsgálatra finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatók körében végzett előzetes telefonos adategyeztetést követően hat intézményt keresett meg a Felügyelet. Mindegyikük önként vállalta, hogy segíti a Felügyelet munkáját egy helyszíni látogatás és interjúk lehetővé tételével.² Az intézményeknél összesen 14 félig strukturált interjút készítettek a Felügyelet munkatársai az MRI diagnosztikáért felelős szakmai és gazdasági vezetőikkel és a beutaló orvosokkal.

A kutatási módszertan kialakítása, illetve a tanulmány véglegesítése az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szakembereivel együttműködve történt.

3.1 A TANULMÁNYBAN HASZNÁLT ALAPFOGALMAK

E rövid fejezet célja, hogy egyes, a tanulmányban gyakran használt, de a köznyelvben tág jelentéskörrel bíró kifejezéseket definiáljon. A közérthetőség érdekében egyes fogalmakat a tanulmány a jogi definícionál egyszerűbb, általánosabb tartalommal használ. Az általánosan elterjedt rövidítések és fogalmak magyarázatára a fejezet nem tér ki, azokat lásd például az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet fogalomtárában a <http://fogalomtar.eski.hu> oldalon.

Kapacitás: az ellátási események azon mennyisége, melyet a rendelkezésre álló erőforrások maximális kihasználásával el lehet érni – az adminisztratív és finanszírozási korlátok figyelmen kívül hagyása mellett. Egy folyamatosan üzemeltethető berendezés és hozzá 8 órában foglalkoztatott személyzet kapacitása e definíció szerint például 8 óra³ (vagy az ennyi idő alatt elvégezhető beavatkozások száma), függetlenül a rendelkezésre álló TVK mennyiségtől vagy a finanszírozó által lekötött rendelési időtől.

Szabad kapacitás: a kapacitás azon része, melyet a szolgáltató nem használ ki közfinanszírozott ellátás végzésére. Az elemzés, ahol máshogy nincs jelezve, a finanszírozási szerződésben meghatározott rendelési, rendelkezésre állási időn belül is értelmezi a szabad kapacitást, amennyiben valós közfinanszírozott ellátás nem történik.

² Végül egyeztetési problémák miatt csak négy intézménynél történt helyszíni látogatás 2009 novemberében.

³ A munka törvény könyvében heti 40 óra munkaidő szerepel, de az egészségügyi szolgáltatás nyújtásakor az OEP a rendelési idő meghatározásánál a heti 30 órás időt szokott figyelembe venni.

Közfinanszírozott ellátás: az Országos vagy Regionális Egészségbiztosítási Pénztárral kötött finanszírozási szerződés alapján nyújtott ellátás, amely a beteg számára ingyenes vagy csak a jogszabályokban meghatározott térítési díjat fizeti érte. Jelen tanulmány *közfinanszírozott ellátásnak* tekinti azt az ellátást is, amelyet a finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltató megbízásából közreműködő végez, ha a finanszírozási szerződésben a közreműködő mint az ellátás végzője van feltüntetve.

Magánfinanszírozott (v. térítéses) ellátás: Olyan ellátás, melyet a szolgáltató számára nem az Egészségbiztosítási Pénztár finanszíroz. *Magánfinanszírozott ellátásnak* tekinti a tanulmány a klasszikus „magánrendelésen” túl a társadalombiztosítási jogviszonnal nem rendelkező külföldiek ellátását, illetve az üzleti biztosítók vagy vállalkozások által finanszírozott ellátást is.

Közfinanszírozott szolgáltató: Olyan szolgáltató, aki az Egészségbiztosítási Pénztárral finanszírozási szerződést kötött. A *közfinanszírozott szolgáltató* által nyújtott szolgáltatás és a közfinanszírozott szolgáltatás végzése nem egyenértékű fogalmak, lásd a *közfinanszírozott ellátás* és a *magánfinanszírozott ellátás* definícióját.

Szétválasztás (v. elkülönítés): A *magánfinanszírozott* és a *közfinanszírozott ellátások* megkülönböztethetőségének biztosítása azokban az esetekben, azokban az esetekben, ahol erre a két szolgáltatás valamely elemének (szolgáltatás nyújtója, helye stb.) azonossága miatt szükség van. A *szétválasztás* különböző mértékű lehet, és a szolgáltatás egy vagy több elemére is kiterjedhet (rendelési hely, idő, személyzet, jogi személyek, költségek, bevételek stb.)

4. TÉRÍTÉSES ELLÁTÁSOK HELYE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK RENDSZERÉBEN

A mai magyar egészségbiztosítás a világ többi országának egészségbiztosításához vagy egyéb formában megvalósuló egészségügyi ellátórendszeréhez hasonlóan egyre súlyosodó finanszírozási problémákkal küzd. Nem új jelenségről van szó, mint azt jól mutatja már a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) indoklása is:

„Ma már az nyilvánvaló, hogy az egészségügyi ellátások az eddigi szolgáltatási körben, alig korlátozott hozzáféréssel, a jelenlegi forrásokból bizonyosan nem finanszírozhatók. Az egészségügyi ellátórendszer szereplőinek összetettsége, a humanitárius és a gazdasági érdekek szükségszerű ütközése miatt be kell látni, hogy valamilyen érdeksérelem nélkül az egészségbiztosítás megújítása nem valósítható meg.”

Az okok szinte közismertnek tekinthetők:

- egyre növekvő orvosi költségek a technika folyamatos fejlődésnek köszönhetően;
- egyre többen kívánják igénybe venni az egészségügyi szolgáltatásokat a várható élettartam növekedésének megfelelően;
- egyre kevesebben finanszírozzák az ellátásokat a társadalmi korfa átalakulása következtében.

Ezért érthető, hogy mind gyakrabban merül fel a kérdés: hogyan lehetne külső forrásokat is igénybe venni az egészségügyi ellátások finanszírozására? Az egészségügyi szolgáltatók szabad kapacitásaikat hasznosíthatják-e, és ha igen, hogyan? Van-e rá lehetőség, és ha igen, milyen formában, hogy a kötelező egészségbiztosítás keretében térítésmentesen igénybe vehető szolgáltatásaikat az egészségügyi szolgáltatók akár a jogosultaknak is térítés ellenében is elérhetővé tegyék?

Nem egyszerű a fenti kérdések megválaszolása, mivel a jelenlegi egészségbiztosítási rendszer alapelveire és működésére tekintettel az így kialakítandó gyakorlatnak nemcsak jogszerűnek, hanem mind társadalmi, mind orvosi szempontból etikusnak is kell lennie. Ezen összetett problémakör egyes elemeire kíván rávilágítani jelen tanulmány.

4.1 A TÉRÍTÉSES SZOLGÁLTATÁSOK ÉRINTETTJEI

Az egészségügyi szolgáltatásban sok, gyakran egymástól eltérő érdekekkel bíró szereplő vesz részt. A térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatások a különböző szereplőket eltérő módon érinthetik. Az alábbi ábra az ellátás tipikus szereplőit mutatja, az elsődleges érintettekre koncentrálva, jól mutatva a tanulmány által tárgyalt kérdéskör összetettségét.



A szabályozók közé érhető a jogszabályokat hozó parlament és kormány, egyes esetekben önkormányzat. Jelen tanulmány itt kezeli a jogszabályok betartását ellenőrző állami szervezeteket is. A szabályozó érdeke, hogy az egészségügyi ellátás az alkotmányos elvekkel és az egyéb jogszabályokkal összhangban valósuljon meg, illetve olyan jogszabályokat alkosson, amelyek az ország és az állampolgárok egésze szempontjából az elérhető legjobb megoldást biztosítják. Más szavakkal: az alkotmány által meghatározott kereteken belül a szabályozó célja nemzeti szinten optimalizálni az egészségügyi, gazdasági és egyéb szempontokat.

Emellett a szabályozó érdeke az is, hogy az egészségügyi ellátást, egészségbiztosítást szabályozó jogszabályok érthetőek, betarthatóak, konzisztensek, egyértelműek legyenek, és minden terület a megfelelő mértékben legyen szabályozva.

Így a térítési díjas ellátások a szabályozó szempontjából az optimalizáció egyik eszközét jelenthetik. De a szabályozó felelőssége az is, hogy csak akkor és csak úgy teremtsen lehetőséget erre az ellátási formára, hogy az megfeleljen az alkotmányos alapelveknek. A szabályozó érdeke továbbá, hogy pontosan, és a célnak leginkább megfelelő módon legyen szabályozva a térítéses ellátások helye, és az ilyen ellátások nyújtásának mikéntje az egészségügyi rendszerben.

A finanszírozó (OEP, REP) érdeke, hogy a rendelkezésre álló pénzt – a jogszabályok által meghatározott módon és célokra – minél hatékonyabban használja fel. E szempontból a térítéses ellátások térnyerése önmagában nem kedvező v. kedvezőtlen a finanszírozónak. Ha a térítéses ellátás lehetővé teszi a közfinanszírozott ellátásban részt vevők jobb ellátását azonos összegből – például mert a közfinanszírozott ellátásból kilépőkkel rövidülnek a várólisták, a térítési díjakból befolyt összeget az infrastruktúra fejlesztésére fordítják a szolgáltatók, vagy éppen a magánfinanszírozott rendelés ideje alatt az ügyeleti szintnél több orvos áll rendelkezésre a sürgős esetek ellátásához –, akkor a finanszírozónak érdeke e megoldás terjedése. Ha azonban a térítéses ellátás nyújtása rontja vagy drágítja a közfinanszírozott ellátást - például azzal, hogy az erőforrásokat a szolgáltató inkább arra csoportosítja – akkor a finanszírozó ellenérdekelt.

Az intézményfenntartó, legyen az önkormányzat, minisztérium, egyház vagy alapítvány célja, hogy a rárótt vagy önként vállalt ellátási körébe tartozó emberek érdekeit minél jobban szolgálja. Fontos megjegyezni, hogy a fenntartó célja nem feltétlenül azonos a betegek céljával. Egyrészt korlátozottabb annál, hiszen nem kell megfelelnie csak az ellátási körén belüli betegek elvárásainak. Másrészt viszont bővebb annál, hiszen – különösen az önkormányzatok esetében – nem csak a fenntartott intézményben ellátott, ellátásra váró emberek elvárásaihoz kell igazodni, hanem az adott területen élő minden emberéhez. Másként fogalmazva a fenntartó az egyes betegek közvetlen, egyéni érdekeinek összesítése helyett a kiszolgálni kívánt teljes csoport által képviselt érdekekhez igazodik.

A fentieknek megfelelően a térítési díj szempontjából is eltérhet a fenntartó érdeke a betegek érdekétől. Ha például a közfinanszírozott ellátásban részt vevő beteget a térítéses ellátás léte semmilyen módon nem érinti, de a lakosság ellenérzéssel viseltetik a térítéses ellátás nyújtásával szemben a fenntartó intézményében, az intézményfenntartó is ellenérdekelt lesz a szolgáltatás nyújtásában.

Ugyanakkor – a kettős finanszírozási rendszer miatt – a fenntartó feladata hogy az egészségügyi szolgáltató tőkepótlását, fejlesztését biztosítsa. Természetesen ehhez a lehetséges források körének bővítése segítséget nyújthat. Így tehát az intézményfenntartónak meg kell találnia azt a megoldást, amely a kiszolgálni kívánt közösség igényeinek úgy felel meg, hogy a lehető legtöbb többletforrást mozgósítja.

A közfinanszírozott szolgáltató célja kettős: egyrészt – mint minden gazdálkodást folytató szervezetnek – biztosítani kell saját működőképességét, más szóval azt, hogy kiadásai ne haladják meg tartósan és jelentősen bevételeit. Másrészt – lévén közszolgáltatást közpénzből végző egészségügyi intézmény – a szolgáltató célja minél magasabb színvonalú szolgáltatást nyújtani, minél szélesebb körnek. A két cél természetesen sokszor ellentmond egymásnak, hiszen például több ellátás több költséget is jelent, miközben a jelenlegi rendszerben a közfinanszírozott szolgáltatásért kapható összeg korlátos. Mindezek mellett a közfinanszírozott szolgáltatónak meg kell felelnie a jogszabályok mellett a finanszírozó

által támasztott elvárásoknak is – így a finanszírozó érdekei közvetetten és valamennyire torzított formában a közfinanszírozott szolgáltató érdekeivé is válnak.

A térítéses ellátás nyújtása a közfinanszírozott szolgáltató közvetlen érdekeit jól szolgálhatja: többletbevételt jelent, amely segíti a megfelelő gazdálkodás kialakítását, illetve lehetővé teszi az ellátási szint fejlesztését, egyúttal növeli az ellátott betegek körét – feltéve, hogy a közfinanszírozott ellátás mellett még van a szolgáltatónak szabad kapacitása. Ugyanakkor, mivel figyelembe kell venni a finanszírozó, a fenntartó és természetesen a szabályozó jogszabályokban, szerződésben vagy tulajdonosi viszonyon keresztül megvalósuló érdekeit is, az érdekek eredője már intézményről intézményre, esetről esetre változhat.

A *magánszolgáltató* – ahogy jelen tanulmány definiálta – nem áll szerződésben a finanszírozó egészségbiztosítási pénztárral. Számára tulajdonképpen minden ellátás „térítéses”. Mivel verseny piacon megélni kívánó vállalkozásról van szó, alapvető célja legtöbbször azonos bármely vállalkozás céljával: fogyasztói igény kielégítése nyereség elérése céljából. Ily módon a magánszolgáltatónak ahhoz fűződik érdeke, hogy lehetséges ügyfeleinek körét minél kevésbé korlátozza: számára ugyanúgy ügyfél a közfinanszírozott kórház, amely saját betegeinek ellátására köt vele szerződést, mint ahogy ügyfél az a beteg is, aki maga kifizeti az ellátását.

Az *egészségügyi dolgozók* érdeke munkavállalóként az, hogy minél jobb feltételekkel végezhesék munkájukat – ideértve a juttatásokat, a munkabiztonságot, a munkakörülményeket és sok más szempontot. Ugyanakkor az egészségügyben dolgozók számára a magas szintű munkavégzés – azaz a hozzájuk fordulóknak minél magasabb szakmai színvonalon történő ellátása – önmagában is kiemelt cél. Míg a második cél szempontjából a finanszírozási forma irreleváns a dolgozók számára, a juttatásokat és egyéb munkafeltételeket már befolyásolhatja. Az egészségügyi dolgozók számára a térítéses ellátásban való részvétel munkaerőpiaci lehetőségeik bővülését jelenti, e szempontból kedvező. A kétfajta ellátásban való kötelező részvételt ugyanakkor – szituációtól függően – akár negatívan is értékelhetik a dolgozók.

A *beteg* érdeke az egészségügyi ellátásban, hogy minél magasabb szintű ellátásban részesüljön, minél rövidebb időn belül, minél alacsonyabb költségen és minél kevesebb utazással. Természetesen az egyes betegek preferenciája eltérő lehet a tekintetben, hogy ha szükséges, melyik igényéből enged inkább. A térítéses ellátás ennek megfelelően azon betegek számára jelent jó megoldást, akik ilyen esetekben inkább költségeik növekedését választják, mint hogy az ellátás helyében vagy várható időpontjában tegyenek engedményt. A térítéses ellátás abban az esetben lehet kedvezőtlen a betegek számára, ha az ilyen finanszírozással ellátott betegek miatt a közfinanszírozott beteg a kiinduló állapotnál rosszabb helyzetbe kerül – például, ha a szolgáltató a közfinanszírozott ellátás terhére csoportosít át erőforrásokat a magánfinanszírozott ellátásba, vagy ha a kedvező rendelési időpontokat a magánfinanszírozott ellátásnak tartja fent.

Összefoglalva elmondható, hogy az egészségügyi ellátás szereplőinek komplikált érdekrendszere miatt nem jelenthető ki egyértelműen, hogy a térítéses ellátás az egészségügy egésze számára „jó” vagy „rossz” lenne, ezért valószínűleg sem teljes tiltása, sem korlátlan engedélyezése nem lenne jó megoldás. A továbbiakban a tanulmány megkísérli minden szereplő szempontjainak figyelembe vételével körüljárni a témát, bemutatni a lehetséges megoldásokat és a tipikus problémákat.

4.2 A SZABAD KAPACITÁS LÉTE, MÉRTÉKE

A szabad kapacitások felhasználásának vizsgálatához mindenképp pontosan meg kell határozni, mi tekinthető szabad kapacitásnak. Bár a tanulmány elején szerepel egy rövid definíció, a téma alaposabb körüljárása szükséges.

A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók kapacitáskihasználása több oldalról is korlátok közé van szorítva. A legfontosabb, a szolgáltatás volumenét befolyásoló szabályozási és finanszírozási korlátok az alábbiak:

- a jogszabály által meghatározott ágyszámok (fekvőbeteg-ellátó intézményeknél)
- finanszírozási szerződésben meghatározott szakorvosi óraszám és ügyeleti idő
- teljesítményvolumen-korlát (TVK)
- ÁNTSZ működési engedélyben meghatározott rendelési idő és az államháztartás terhére történő finanszírozás nélküli rendelkezésre állási idő.

A gyakorlatban legtöbbször a TVK kimerülése miatt nem végeznek el több ellátását egy adott intézményben, pedig lenne még elegendő személyzet, infrastruktúra stb. továbbiakra is. Így az összes, még a legösszetettebb egészségügyi szolgáltatások tekintetében is értelmezhető a szabad kapacitás fogalma. Ezért válhat lehetségessé, hogy egy egészségügyi intézmény, a TVK által meghatározott keretének kimerítésén túl további beavatkozásokat, ellátást végezzen a fennmaradó, szabad kapacitását kihasználva. Ehhez azonban az szükséges, hogy – mivel a TVK feletti elektív ellátások költségét az Egészségbiztosító nem állja – az ellátást harmadik fél, jellemzően az egyébként várakozásra kényszerülő vagy másik intézményben ellátandó beteg finanszírozza. Jelen tanulmány a szabad kapacitások ilyen, a közfinanszírozott ellátáson kívüli, beteg v. más piaci szereplő (pl. biztosító) által térített kihasználására koncentrálna.

A TVK értelmezése azonban ebben a viszonyrendszerben nem egyszerű. A TVK ugyanis alapvetően intézményi szinten meghatározott korlát, azaz a menedzsment a rendelkezésre álló keretet egyik ellátásról a másikra (az igények, illetve az intézmény saját döntése értelmében) belsőleg szabadon átcsoportosíthatja (a védett TVK-k kivételével, ahol az átcsoportosítás csak egy irányú lehet). Még ha nincs is jogi értelemben is közvetlen és egyértelmű korlát a TVK miatt egy-egy ellátásra, közgazdasági értelemben mégiscsak van: ha összességében a teljes rendelkezésre álló kapacitáson történő működésre nem elég a TVK, akkor ez egyértelműen korlátot jelent – persze lehet, hogy egyik ellátásnál semmit, a másiknál meg az átlagosnál jelentősebbet. (Ráadásul a TVK bevezetésével kifejezett szabályozói cél volt, hogy legyen effektív korlát.)

A TVK jelenleg olyan szabályozási eszköz, ami – ellátási standardok, pl. a megengedhető várakozási idő definiálásnak hiányában – az erőforrások elosztását kifejezetten az intézményre bízta. Egy ilyen standard meghatározása után lenne csak valamilyen minimális elvárás arra, hogy hogyan, milyen elvek alapján ossza szét az intézmény a TVK-ját az ellátásai között (ha pedig elég a TVK a minimum standardok feljeítésén felül is, akkor még mindig van további egyéni lehetősége az elosztásra); így könnyebben értelmezhető lenne egy-egy ellátás esetében is a TVK-korlát.

Elfoglalható az az álláspont is, hogy mivel a TVK meghatározása elsősorban bázisra történik, ezért a múltbeli ellátási mix továbbvitele jelenti a TVK „természetes” lebontását, azaz a korábbi mix egyes ellátásokra jutó kapacitásai kezelhetőek úgy rövidtávon, mint az adott ellátásra „jutó” TVK. Hosszú távon ugyanakkor egészen biztosan nem lenne kívánatos egy ilyen kezelésmód, mivel ez az ellátórendszer alkalmazkodási igényét figyelmen kívül hagyja.

4.3 AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK NYÚJTÁSÁNAK SZERVEZETI HÁTTERE

A szabad kapacitás felhasználhatósága függ attól, hogy milyen az azzal rendelkező egészségügyi szolgáltató jogállása, mivel a különböző gazdálkodó szervekre eltérő könyvvizelési, gazdálkodási és egyéb szabályok vonatkoznak.⁴ Az egészségügyi szolgáltatók leggyakrabban az alábbi jogállások valamelyikével rendelkeznek:

- önálló költségvetési szerv (pl. az országos intézeti feladatokat ellátó kórházak, egyetemek, egyes önkormányzati kórházak stb.)
- nonprofit gazdasági társaság (jellemzően kft. vagy zrt., leggyakrabban önkormányzati fenntartású kórházak működnek ebben a formában)
- nyereségérdekelte gazdasági társaság, gazdálkodó szervezet (jellemzően kft. vagy zrt., ezek lehetnek szintén önkormányzati fenntartású kórházak, de akár speciális részfeladatokat végző [pl. labor diagnosztika] nyereségorientált szolgáltatók is)

Ha a szolgáltatás nyújtásában több, összekapcsolódó jogi személy vesz részt, egymáshoz való viszonyuk befolyásolja, melyiküket illeti meg a szabad kapacitás, és azt hogyan lehet felhasználni. Ebből a szempontból a legegyszerűbb eset a következő: egy egészségügyi szolgáltató rendelkezik a szolgáltatás nyújtásához szükséges összes személyi, tárgyi és egyéb feltétellel, az illetékes REP-pel maga köt finanszírozási szerződést, és így értelemszerűen ő maga rendelkezik a szabad kapacitással is.

Bonyolultabb viszont a helyzet, ha például egy adott önkormányzat mint fenntartó két társaságot hoz létre a kórház üzemeltetésére: jellemzően egy egészségügyi szolgáltató és egy vagyonekezelő-ingatlanhasznosító vállalkozást. De hasonló helyzet állhat elő akkor is, ha a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény 80/A és 80/B. paragrafusát alkalmazva vagyonekezelői jogot alapítanak, és ennek kapcsán alakul meg külön a már nem állami tulajdonú egészségügyi szolgáltató és vagyonekezelő társaság. Ezekben az esetekben a finanszírozási szerződést az egészségügyi szolgáltató társaság köti, ő rendelkezik a szükséges működési engedéllyel is, de a tárgyi eszközök legalább részben a másik társaságot illetik.

Olyan esetek is ismertek, hogy az önálló gazdasági társaság csak egy speciális szolgáltatást nyújt a teljes egészségügyi ellátás keretében: például egy önálló társaság (ez lehet a kórház, a fenntartó vagy harmadik független személy tulajdonában is) végzi egy kórházban a labor- vagy a képalkotó diagnosztikát. Ebben az esetben az önálló társaság és a kórház működése teljesen elkülönülhet (pl. ha teljesen önállóan, a saját tulajdonában levő épületben és műszerekkel, az alkalmazásában levő szakdolgozókkal végzi a tevékenységét a társaság), de lehetnek kisebb-nagyobb átfedések is: például az, hogy a szolgáltatást legalább részben a kórházi infrastruktúra felhasználásával nyújtja a társaság, a kórháztól bérel bizonyos eszközöket, a szakdolgozókat mind a kórház, mind a társaság alkalmazza. Ha az üzemeltetésben több jogi személy vesz részt, akkor a finanszírozási szerződést elvileg megkötheti a kórház is, de az egészségügyi szolgáltatást nyújtó társaság is szerződhet közvetlenül az illetékes REP-pel.

⁴ A különböző gazdálkodási formákra, jogállásokra vonatkozó, a tanulmány témája szempontjából releváns jogszabály-részeket a II. Függelék tartalmazza.

Az is lehetséges, hogy egy diagnosztikai szolgáltatást nyújtó társaság egyszerre több egészségügyi intézményt is kiszolgál. Ilyenkor jellemzően a közreműködő működése jobban elkülönül a kórházaktól, a finanszírozási szerződést maga köti meg az illetékes REP-pel. Az alábbi ábra – jól mutatva a szerződési lánc esetenkénti bonyolultságát – a fenti helyzetet úgy ábrázolja, hogy a diagnosztikai szolgáltatásokat végző társaság az egyik egészségügyi intézmény vagyongazdálkodójától bérlő helyiségeit, eszközeinek egy részét (a vonalak a szerződési kapcsolatokat mutatják).



Az eddig bemutatott eseteket mind ki lehet egészíteni azzal az esettel, amikor a térítési szolgáltatások nyújtására a szolgáltató tulajdonában lévő, de jogilag elkülönült gazdasági társaság jön létre.

A fentiekben bemutatott megoldások természetesen nem fedik le az összes lehetséges szervezeti, kapcsolati struktúrát. A valóságban ezeknél egyszerűbb, de akár jóval bonyolultabb megoldások is kialakulhatnak. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz kapcsolódó bonyolult szervezeti rendszer, a működéshez és a finanszírozáshoz kapcsolódó hosszú szerződési láncolatok könnyen hátráltathatják, megnehezíthetik a szabad kapacitások kihasználását. Minél többen vesznek részt az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában, a hozzá kapcsolódó infrastruktúra üzemeltetésében, annál nehezebb eldönteni, ki is rendelkezik a szabad kapacitással. Sőt, az is könnyen elképzelhető, hogy a kapcsolatrendszer túlbonyolítása miatt az egyes társaságok külön-külön már csak olyan részszerződést képesek nyújtani, amelyek önmagukban nem piacképesek.

4.4 A TÉRÍTÉSES SZOLGÁLTATÁSOK REKLÁMOZÁSA, ÖSSZEFÉRHETETLENSÉG

A piaci és közfinanszírozott szolgáltatások együttélése minden iparágban felvet az összeférhetetlenséggel, a reklámozás megengedhetőségével kapcsolatos kérdéseket, melyek akár piaci-versenyjogi, akár etikai szempontból felmerülhetnek. Különösen így van ez az egészségügy területén, ahol szolgáltatást egyrészt nagyfokú információs asszimetria, másrészt az orvos és betegek közötti egyfajta bizalmi viszony, harmadrészt a gyógyítási tevékenység speciális etikai kérdései jellemzik. Az alábbi fejezetek a szolgáltatásban részt vevő szervezetek és személyek mindkét szolgáltatásban való érdekeltiségének, illetve tájékoztatásra, reklámra vonatkozó lehetőségeinek témáját járják körül.

4.4.1 A TÉRÍTÉSES SZOLGÁLTATÁSOKKAL KAPCSOLATOS TÁJÉKOZTATÁS ÉS REKLÁM

A térítéses szolgáltatásokkal kapcsolatos tájékoztatásra vonatkozó előírások több jogszabályban is megjelennek, bár a jogalkotó elsődlegesen a kötelező egészségbiztosítás körében igénybe nem vehető szolgáltatásokat kívánta szabályozni.⁵

A jogszabályok széleskörű tájékoztatási kötelezettséget írnak elő a térítés szükségességéről, lehetőségéről, okairól és mértékéről az ellátásban részt vevő szinte valamennyi szereplőnek. Így például az orvosnak az ellátást megelőzően kell tájékoztatnia a beteget arról, ha az ellátás térítés ellenében történik, és a várható térítési díjat is közölnie kell. A szolgáltatónak ki kell függesztenie a térítés ellenében igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét és árát, illetve az ellátást követően számlát kell adnia a betegnek stb.

Felmerül azonban a kérdés, hogy a szükségszerű és informatív tájékoztatáson túl lehet-e reklámozni ezeket a szolgáltatásokat. A gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól szóló 2008. évi XLVIII. törvény (továbbiakban: reklámtörvény) nem tartalmaz nevesített korlátozást a térítéses egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban.

Kifejezetten az egészségügy valamely területére vonatkozó korlátozások csak a gyógyszerek a gyógyszerek reklámozását korlátozzák jogszabályi szinten (lásd a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 17. §-át). Emellett a reklámtörvény 16, 17 és 22 paragrafusai alapján tiltott az emberi szervek, szövetek, illetve a terhességmegszakítás reklámja, valamint tilos egészségügyi intézményekben temetkezési szolgáltatásokat reklámozni.

A legtöbb ellátás esetében azonban nem tiltják direktben a jogszabályok, hogy az egészségügyi szolgáltató az előírt tájékoztatási kötelezettségének teljesítése mellett térítéses szolgáltatásait reklámozza is. Természetesen a szolgáltatónak figyelembe kell vennie a reklámtevékenységre vonatkozó általános szabályokat, különös tekintettel a beteg és a szolgáltató között fennálló információs asszimetriára, illetve arra, hogy egyes betegcsoportokra (pl. gyermekek, pszichiátriai betegek) egyéb speciális szabályok is vonatkozhatnak.

4.4.2 AZ ORVOS SZEREPE A TÉRÍTÉSES SZOLGÁLTATÁSOKBAN

A szabad kapacitások felhasználásakor óhatatlanul felmerül a kérdés, hogy milyen szerepet vállalhatnak abban az egészségügyi szolgáltató olyan orvosai, akik a kötelező egészségbiztosításon alapuló ellátásban vesznek részt. Különösen fontos e kérdés abban az esetben, ha a közfinanszírozott szolgáltató orvosainak érdekeltségük is van a szabad kapacitások felhasználását végző, külön jogi személyiséggel rendelkező gazdasági társaságban.

A lehetséges összeférhetlenségi eseteket külön-külön vizsgálva az alábbi következtetések vonhatóak le a jogszabályokból, illetve a Magyar Orvosi Kamara Etikai kódexéből⁶:

⁵ A legfontosabb vonatkozó jogszabályokat a III. Függelék tartalmazza.

⁶ Az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet Melléklete a következő vonatkozó rendelkezéseket tartalmazza:

XI.2. Ha az orvosnak anyagi vagy személyes érdekeltsége van olyan egészségügyi szolgáltatóban, nem-konvencionális gyógyító eljárást nyújtó szolgáltatóban, gyógyszerárban vagy bármilyen egyéb szervezetben (a továbbiakban együtt: szervezet), ahová betegeket utal kezelésre, egészségügyi vagy egyéb szolgáltatások igénybevételére, köteles érdekeltségéről tájékoztatni a beteget.

XI.3. Az orvos nem fogadhat el közvetítési díjat vagy bármilyen más anyagi vagy személyes előnyt másik orvostól, más személytől vagy szervezettől a beteg konzultációra vagy kezelésre utalása fejében. Az orvos nem ajánlhat fel

- a) ha az orvosnak semmilyen érdeke nem fűződik a szabad kapacitások terhére nyújtott térítéses vizsgálatok végzéséhez, akkor azokra felhívhatja a figyelmet, bizonyos keretek között akár térítés ellenében is reklámozhatja. Az etikai kódex előírásainak azonban csak akkor felel meg, ha az általa közvetített hirdetés minősítés nélküli, tárgyyszerű, a szolgáltatás igénybevételére feleslegesen nem ösztönző (lásd az Etikai Kódex 131. és 133. pontját). Bár a GVH a 99/2008. sz. határozatában – amelynek bírósági felülvizsgálata e tanulmány írásakor még nem fejeződött be – az egyes orvosi szolgáltatásokra vonatkozó díjtételek mellett vizsgálta volna az Etikai Kódex 131. és 133. pontját is, azonban arra a következtetésre jutott, hogy ezek az előírások önmagukban nem vizsgálhatóak, hanem „az Etikai Kódexnek az „Orvosi tevékenységek hirdetése” cím alatti rendelkezései legfeljebb egy másik versenyfelügyeleti eljárásban értékelhetőek.”
- b) ha az orvos érdekeltsége közvetett, például a beutalások számától függő juttatásban részesül az a 30/2007. EüM Rendelet XI. 3. pontja szerint vélhetően jogszerűtlen megoldás. Bár a rendelet hivatkozott pontja csak a konzultációt és a kezelést említi, értelem-szerű alkalmazásával az egyéb egészségügyi (pl. diagnosztikai) szolgáltatások közvetett érdekeltségű reklámozása is jogsértőnek valószínűsíthető.
- c) ha az orvos közvetlenül érdekelt, például részesedése van abban a gazdasági társaságban, amely térítéses vizsgálatokat végzi, az önmagában nem jogellenes, ha a beutalás-kor erről tájékoztatja a beteget a 30/2007. EüM Rendelet XI. 2. pontja alapján. Ugyanakkor ebben az esetben a térítéses szolgáltatások orvos általi hirdetését etikátlannak minősíti az Etikai Kódex 135. pontja, hiszen óhatatlanul anyagi haszonszerzést is jelent ez esetben a beutalás az orvos számára, és ez az orvos szakmai elfogulatlanságát is befolyásolhatja (ami a 30/2007. EüM Rendelet Mellékletének XI.4. pontja alapján önmagában is jogellenes).

A fentiekből az a következtetés vonható le, hogy az egészségügyi szolgáltató orvosainak a térítéses szolgáltatások nyújtásához fűződő közvetett vagy közvetlen érdekeltsége aggályos, illetve hogy orvosi ténykedés csak tényszerű tájékoztatással, felesleges fogyasztásra nem ösztönző módon hirdethető.

vagy fizethet közvetítési díjat, nem nyújthat bármilyen más anyagi vagy személyes előnyt másik orvosnak, más személynek vagy szervezetnek annak fejében, hogy hozzá utaljanak beteget konzultációra vagy kezelésre.

XI.4. Az orvosetikával összeegyeztethetetlen, ha az orvos betegével olyan közvetlen vagy közvetett kereskedelmi kapcsolatot létesít, ami a beteget kiszolgáltatott helyzetbe hozza, illetve az orvos szakmai elfogulatlanságát befolyásolhatja.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexének alábbi pontjai az irányadóak a vizsgált kérdésben:

IV. Az orvos és a társadalom

Orvosi ténykedések hirdetése

131. Csak a tájékoztatás céljából közzétett, minősítés nélküli, tárgyyszerű, a közérdeket is szolgáló hirdetés engedélyezett. Nem társadalmi érdek a hirdetések révén a vizsgálatok, kezelések szaporítása, a gyógyszerfogyasztás növelése.

133. Tilos a szolgáltatás igénybevételére ösztönző, anyagi érdeket szolgáló, a beteget megtévesztően befolyásoló hirdetés. Az előírás vonatkozik valamennyi lehetséges módon közzétett hirdetésre, beleértve az elektronikus adathordozókat is. A vizuális megjelenés nem lehet harsány, nem alkalmazhat sokkoló hatásokat, de alkalmazkodhat a média jellegzetes képi világához, azonban kizárólag a beteg tájékoztatását szolgáló anyagra korlátozódhat.

134. Tilos a burkolt reklám, ilyen lehet gyógyító eljárások, ki nem próbált vagy el nem fogadott gyógymódok ismertetése, viták, köszönetnyilvánítások közzélése.

135. Nem etikátlan az olyan közérdekű hirdetés, amely ugyan növeli a vizsgálatok, kezelések számát, de célja nem haszonszerzés, hanem a prevenció, vagy az egészségi állapot javítása.

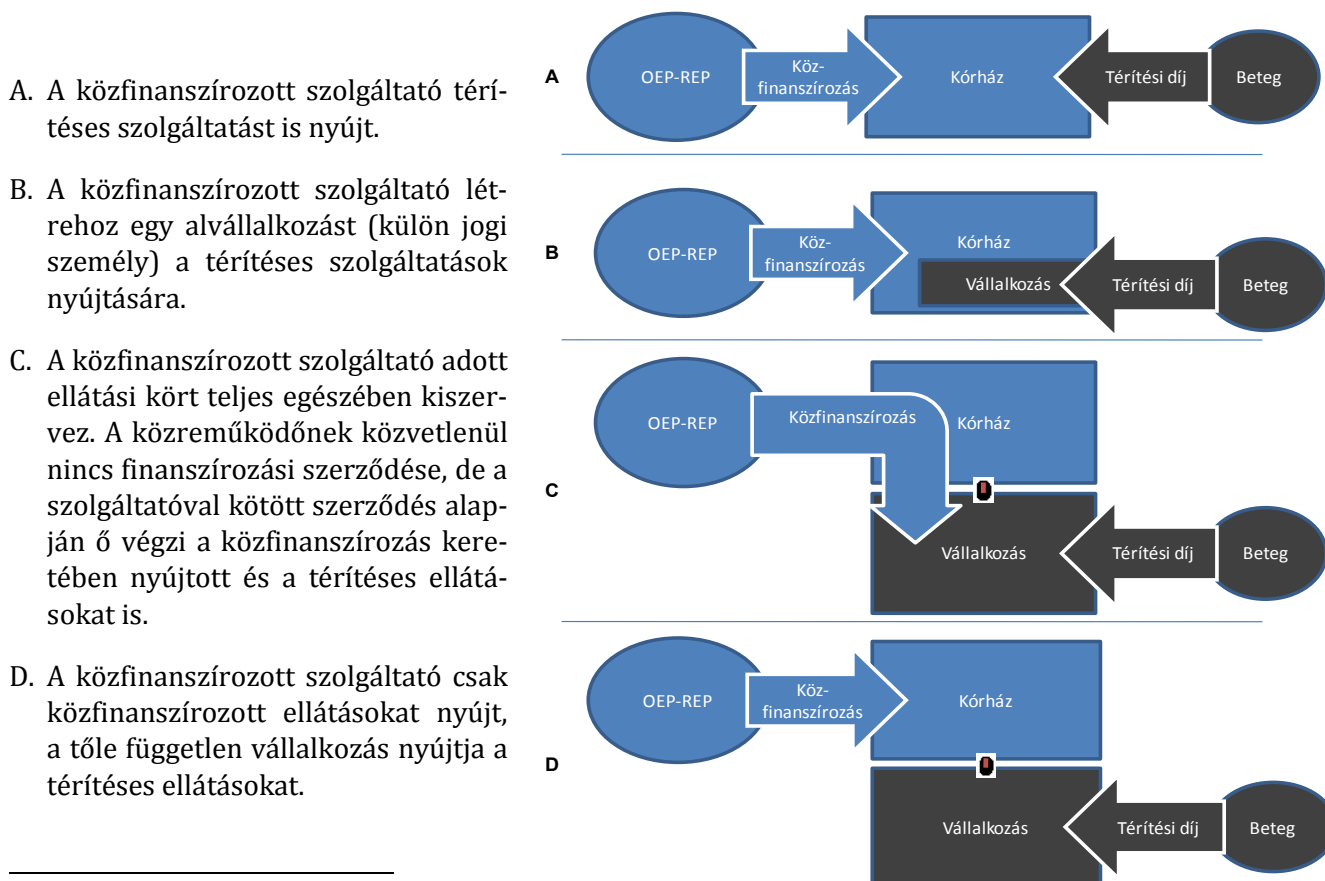
5. TÉRÍTÉSES ÉS KÖZFINANSZÍROZOTT ELLÁTÁSOK ELKÜLÖNÍTÉSE

5.1 A GAZDÁLKODÁS ELKÜLÖNÍTÉSE

Külön vizsgálendő kérdés, hogy ha egy szolgáltató mind közfinanszírozott, mind térítéses vizsgálatokat végez, milyen gazdálkodási elveknek kell megfelelnie, hogyan érdemes költségeit és bevételeit követnie és könyvelnie.

Fontos megjegyezni, hogy ha a szolgáltatást nem az Egészségbiztosítási Pénztárral közvetlenül finanszírozási szerződést kötő jogi személy nyújtja, hanem ún. közreműködő útján történik a konkrét szolgáltatás (vagy annak valamely része), rá már nem vonatkoznak közvetlenül a közfinanszírozott ellátást nyújtó intézményekre előírt szabályok, hiszen nincsen élő finanszírozási szerződése. Ugyanakkor az Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozási szerződésének záró rendelkezései között szerepel, hogy ha a szolgáltató közreműködőt is igénybe vesz az ellátáshoz, akkor „a közöttük létrejött szerződésben garantálnia kell a Finanszírozó számára mindazokat a jogokat, amelyek jelen szerződés alapján a Szolgáltatóval szemben a Finanszírozót megilletik”.⁷ Azt is figyelembe kell venni, hogy a közreműködő ez esetben közfeladatot lát el, tehát a közpénzek felhasználásának ellenőrizhetőségét biztosítani kell.

Az alábbi ábra bemutatja a köz- és magánfinanszírozott ellátás nyújtásának a szolgáltatást nyújtó jogi személy szerinti elkülönítési lehetőségeit.



⁷ Kérdéses azonban ennek az előírásnak az értelmezése: a közreműködőt csak azok a kötelezettségek terhelik, amelyek a finanszírozónál mint jogosultságok jelentkeznek, vagy az összes, a szolgáltatót terhelő kötelezettség, így többek között a bevételek és költségek elkülönített kezelésére vonatkozó előírások „átvétele” szükséges a finanszírozott szolgáltató és a közreműködő közti szerződésbe. Mivel a költségek és bevételek elkülönített kezelését előíró jogszabály kifejezetten a finanszírozási szerződéssel bíró szolgáltatók számára írja elő ezt a kötelezettséget, valószínű, hogy az idézett szerződési pont erre nem vonatkozik.

5.1.1 KÖZFINANSZÍROZOTT SZOLGÁLTATÓ NEM NYÚJT TÉRÍTÉSES ELLÁTÁST

Az elkülönítés legradikálisabb megoldása, ha a közfinanszírozott szolgáltató egyáltalán nem nyújt magánfinanszírozott szolgáltatást. Ez többféleképpen lehetséges:

1. Adott infrastruktúrán (személyzet, berendezés, eszközök stb.) egyáltalán nem végeznek magánfinanszírozású ellátást – ilyenkor nincs szükség elkülönítésre, hiszen a szolgáltató csak közfinanszírozott szolgáltatást nyújt, ezért részletesebb tárgyalására itt nincs szükség.
2. A közfinanszírozott szolgáltató minden ellátási feladatát átengedi egy másik jogi személynek, és a közfinanszírozásban végzendő ellátások esetén megrendelőként lép fel. (a fenti ábrán C-vel jelölve)
3. A közfinanszírozott szolgáltató végzi a közfinanszírozott ellátásokat, egy másik jogi személy pedig a magánfinanszírozott ellátásokat. (a fenti ábrán B-vel és D-vel jelölt esetek)

5.1.1.1 MINDEN ELLÁTÁST KÖZREMŰKÖDŐ VÉGEZ

Ha a közfinanszírozott szolgáltató az Egészségbiztosítási Pénztár által finanszírozott ellátásokat is közreműködőtől vásárolja, kérdéses, hogy a szolgáltatást ténylegesen nyújtó vállalkozást – a fejezet elején leírtaknak megfelelően – mennyiben érintik az elkülönítésre vonatkozó előírások. A közfinanszírozott szolgáltató szempontjából a helyzet alapesetben egyértelmű: számára a közfinanszírozott ellátás bevétele az Egészségbiztosítási Pénztártól kapott összeg, költsége pedig a szolgáltatást nyújtó jogi személy által a közfinanszírozott szolgáltatónak mint megrendelőnek az ellátások után számlázott összeg.

Sok esetben azonban a két jogi személy közti szerződés ennél bonyolultabb konstrukciókat fogalmaz meg. Az esettanulmányok alanyai között például volt olyan, ahol a közfinanszírozott szolgáltató vállalta, hogy az adott időszak közfinanszírozott ellátásszámtól függetlenül egy bizonyos mennyiséget mindenképpen vásárol, és ezért cserébe árkedvezményt kapott – tehát a közfinanszírozott árnál kevesebbet kell fizetnie egy ellátásért. Nehezen megválaszolható ilyenkor a kérdés, hogy mit kell a közfinanszírozott ellátás költségének és mit egyéb költségnek tekintenie a szolgáltatónak azokban a hónapokban, amikor a közfinanszírozott ellátásszám kevesebb, mint a közreműködőtől kötelezően rendelendő ellátás mennyisége. Mindenképpen fontos azonban, hogy a közfinanszírozott szolgáltató ilyen esetekben is előre lefektetett szabályok, szabályzatok szerint járjon el.

Gyakran előfordul az is, hogy bár az ellátást a magánszolgáltató nyújtja, annak egyes elemeit – például a helyiséget, a gépet vagy valamilyen speciális személyzetet – a közfinanszírozott szolgáltató biztosítja. Ilyenkor a szerződésben a szolgáltatásokon túl ún. visszonszolgáltatások is szerepelnek, azaz mindkét szerződő fél egyszerre vevő az egyik és eladó egy másik szolgáltatás szempontjából.

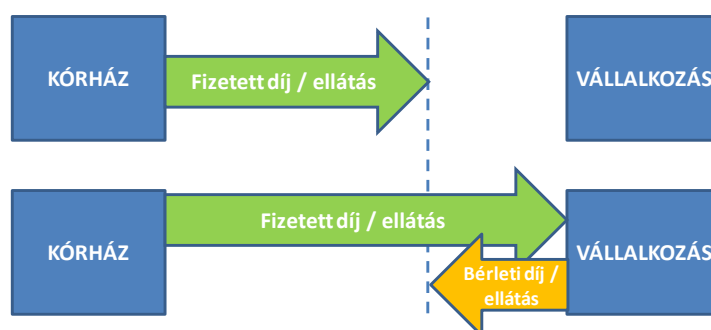
A közfinanszírozott ellátás költségeinek és bevételeinek pontos azonosításához ezekben az esetekben arra van szükség, hogy a szerződésben szereplő szolgáltatások és visszonszolgáltatások díjai közül egyértelműen meg legyen különböztetve, melyek az ellátáshoz közvetlenül köthetőek.

A probléma megvilágítására az alábbi – természetesen jelentősen leegyszerűsített – példa használható:

Egy közfinanszírozott kórház a tulajdonában lévő MRI-készülék üzemeltetésére szerződést köt egy vállalkozással. A szerződés szerint a vállalkozás megkapja a készülék teljes üzemeltetési jogát, de a tulajdonjog marad a kórháznál. A vállalkozás a készülék használatáért minden elvégzett vizsgálat után X forintot fizet a kórháznak. Ugyanebben a szerződésben azt is rögzítik, hogy a kórház az általa végzendő közfinanszírozott MRI vizsgálatok elvégzésével megbízza a vállalkozást, Y forint/vizsgálat áron.

A fenti példában a közfinanszírozott ellátások költsége a kórház számára nyilvánvaló: adott hónap közfinanszírozott vizsgálatait után a vállalkozásnak fizetett díjak. Van azonban közfinanszírozott ellátás

utáni bevétele is az intézménynek, mégpedig az általa megrendelt vizsgálatok után a vállalkozótól kapott készülékhasználati díj. Mivel a keletkező bevétel egyértelműen az ellátáshoz köthető, így a kórháznak elkülönítetten kell vezetnie a bérleti díjból az általa kért – közfinanszírozott – ellátások miatt keletkezett részt. Ennek oka, hogy gazdálkodási szempontból a fenti megoldás megegyezik azzal, mintha a vállalkozás részére a bérleti díj összegével csökkentett összeget fizetne a kórház az ellátások után.⁸ Azaz: a bérleti díjból származó egyéb bevételt (amelyre a közfinanszírozási bevételnél szabaddabb felhasználási lehetőségek vonatkoznak) külön is ki kell tudni mutatni. Ezt illusztrálja az alábbi ábra:



5.1.1.2 MAGÁNFINANSZÍROZOTT ELLÁTÁSOKAT KÖZREMŰKÖDŐ VÉGZI

Ha a szerződéseket megfelelően kötötték, a két jogi személy elkülönülése önmagában biztosíthatja a költségek és bevételek finanszírozási forma szerinti elkülönítését, hiszen mind a közfinanszírozott, mind a magánfinanszírozott ellátásokat végző entitás saját könyvelést vezet. Az előzőekben kifejtett, egymás számára nyújtott szolgáltatásokra, keresztbeszámításokra vonatkozó kérdések ugyanakkor itt is felmerülhetnek. Ha a két szolgáltatást nyújtó szervezet ráadásul azonos tulajdonos (például a fenntartó önkormányzat) tulajdonában van vagy egyik a másik érdekkörébe tartozik (a fejezet elején lévő ábrán B-vel jelölt megoldás), a keresztfinanszírozás lehetősége miatt még nagyobb annak az esélye, hogy a költségek és bevételek nem annál a jogi személynél – és így nem ahhoz a finanszírozási formához rendeltlen – kerülnek elszámolásra, ahol valójában jelentkeztek.

5.1.2 KÖZFINANSZÍROZOTT SZOLGÁLTATÓ TÉRÍTÉSES ELLÁTÁST IS NYÚJT

A költségek és bevételek elkülönült kezelése különösen problémás lehet akkor, ha ugyanaz a szolgáltató nyújtja mind a közfinanszírozott, mind a magánfinanszírozott ellátást – akár az Egészségbiztosítási Pénztárral közvetlenül szerződő szolgáltatóról, akár egy közreműködőről van szó (a vonatkozó ábrán A-vel és C-vel jelölt esetek). Tovább bonyolítja a helyzetet, ha a szolgáltató részleges térítési díjas ellátást is biztosít, hiszen ilyenkor egyetlen ellátáson belül jelentkeznek a kétféle bevétel.

Az elkülönítés könyvelési megoldása nem jelent különösebb problémát. A közvetlenül és egyértelműen, adott mennyiségben az ellátáshoz köthető költségek (pl. gyógyszer) esetén a felhasználás rögzítésénél kell jelezni az ellátási formát, míg a többi költségnél meg kell határozni azt a vetítési alapot (pl. ellátások száma/típusa, idő, alapterület, ágyszám, létszám), ami alapján az utókalkuláció során az adott költség felosztható.

⁸ Pénzügyileg ugyanazzal az eredménnyel járt volna mindkét fél részére, ha a példában szereplő szerződést úgy kötik, hogy a vállalkozó csak a harmadik félnek nyújtott ellátás után fizet a kórháznak X készülékhasználati díjat, a kórház pedig (X-Y) áron vásárolja az ellátást a vállalkozástól.

A természetbeni elkülönítések ugyanakkor már komolyabb gondot jelenthetnek. Nyilvánvaló, hogy a magán- és közfinanszírozott ellátások tényleges (térbeli/időbeli) elkülönítése olyan megoldás lehet, amely nem vet fel jogi aggályokat. Egyes esetekben ez egyszerűen megoldható. Viszonylag tiszta megoldást jelenthet például, ha egyértelműen meghatározható a köz- és magánfinanszírozású ellátás időtartama, vagyis ha például a rendelőben 8-16 óráig közfinanszírozott szakrendelés történik, majd 16:30-tól 20 óráig magánrendelés.

Az egyik vizsgált szolgáltatónál az elkülönítés nem időben, hanem térben és alkalmazott berendezésben valósult meg. A szolgáltató két MRI-készüléket működtetett, amelyek közül csak az egyik volt közfinanszírozásba befogadott. Ilyenkor nyilvánvaló, hogy a másik gép, vizsgálati helyiség stb., illetve az ezekre jutó rezsi és egyéb központi költségek a magánfinanszírozáshoz tartoznak.

Ebben az esetben azonban már felmerül az egészségügyi és egyéb személyzet költségének elkülönítése. Számviteli szempontból egyszerű a helyzet: a kétfajta finanszírozású ellátásban eltöltött munkaidő arányában oszthatóak a költségek.

Más esetekben az elkülönítésre még ennyi lehetőség sincs: egy kórházban működő labornál például nehezen várható el, hogy az osztályok által küldött minták közül külön időszakban vagy helyen foglalkozzanak a magánfinanszírozott ellátásban részesült (pl. külföldi) betegek mintáival. Ugyanígy probléma a fekvőbeteg ellátásban az ápolás kérdése: elkülönült hely (pl. külön szoba) biztosítható ugyan a magánfinanszírozott betegnek, de a teljes egészségügyi személyzet „duplikálása” valószínűleg már csak elkülönülő magánintézmények vagy –osztályok esetén lehet kifizetődő. Az elkülönítési szabályok jogszabályban és finanszírozási szerződésben történő részletes meghatározása segíthet ezekben az esetekben a megfelelő megoldások kialakításában.

5.2 ELLÁTÁSBAN RÉSZT VEVŐ SZEMÉLYEK ELKÜLÖNÍTÉSE

Mint a korábbiakban kifejtettük, minél erősebb a természetbeni elkülönítés a kétfajta finanszírozásban nyújtott ellátás között, annál egyértelműbb, hogy az intézmény megfelel a vonatkozó jogszabályoknak, előírásoknak. Ha ugyanis azonos személyek, azonos szerződések keretében végzik a köz- és a magánfinanszírozott ellátást is, az – a személyi költségek elkülönítési problémáján túl – könnyen hátrányos helyzetbe hozhatja a közfinanszírozott ellátásban részesülő beteget.

Az egészségügyi dolgozók szempontjából több fokozatú elkülönítésről is beszélhetünk, a személyükben is teljesen elkülönülő személyzettől a személyükben azonos, csak adminisztratív, szerződéses szempontból elkülönülő személyzetig.

5.2.1 TELJESEN ELKÜLÖNÍTETT SZEMÉLYZET

A teljes elkülönítés lényege, hogy adott orvos, szakdolgozó stb. az adott intézményben csak az egyik finanszírozási formában nyújtott ellátásban vesz részt. Tehát a kórház orvosa nem dolgozik az ugyanott adott ellátást magánfinanszírozásban nyújtó vállalkozásnak semmilyen formában, vagy éppen a közfinanszírozott intézmény külön ápolónőt, dietetikust stb. alkalmaz a teljes magánfinanszírozásban nyújtott ápolási szolgáltatáshoz.

Ez a lehetőség a gyakorlatban leginkább akkor állhat elő, ha a kétfajta ellátás két jogi személynél valósul meg. Gazdálkodási szempontból ugyanis valószínűleg csak akkor éri meg két teljes „csapatot” fenntartani a kétfajta ellátásra, beleértve az ellátáshoz szükséges, előírásoknak is megfelelő orvosi és szakdolgozói létszámot, ha a magánfinanszírozott ellátásra vonatkozó igény jelentős. Ekkor viszont az egyéb szempontok (gazdálkodás elkülönítése, infrastruktúra használat, előjegyzések kezelése stb.) többnyire már racionálisabban megoldhatóak, ha a két ellátást két külön intézmény, vállalkozás végzi.

Fontos megjegyezni, hogy a teljes elkülönítés nem jelenti azt, hogy mindkét ellátási formát főállásban, teljes munkaidőben dolgozó munkavállalók biztosítják. Lehetőség van akár valamilyen részmunkaidős vagy közreműködői foglalkoztatásra és akár arra is, hogy egy, a magánellátásra specializálódott jogi személy azonos orvosait, szakdolgozóit több helyen, megosztva foglalkoztassa.

5.2.2 RÉSZBEN ELKÜLÖNÍTETT SZEMÉLYZET

Könnyen előfordulhat, hogy az adott ellátás szempontjából fontosabb szerepekre külön orvost, szakdolgozót foglalkoztat az egészségügyi szolgáltató, de más, az ellátásban kisebb súllyal részt vevő pozíciókat közösen kezel a kétfajta finanszírozási formára. Ilyen eset például, ha a diagnosztikai szolgáltatásoknál a magánfinanszírozott vizsgálatok leleletezését „külsős” orvos végzi, de a vizsgálat lebonyolításában ugyanaz az egészségügyi szakdolgozó, technikai személyzet vesz részt függetlenül a finanszírozott formától. Ugyanígy előfordulhat, hogy a VIP-részlegre egy kórház saját ápolókat alkalmaz, de az éjszakai ügyeletet adó orvos vagy a gyógytornász már a közfinanszírozott ellátással közös.

E megoldásnál ugyanazok a kérdések, problémák jelentkeznek, mint a következő alfejezetekben bemutatott esetekben.

5.2.3 AZONOS SZEMÉLYZET, KÜLÖN SZERZŐDÉSSEL

Ez a helyzet akkor áll elő, ha a közfinanszírozott intézmény „saját” orvosaival, szakdolgozóival a magánfinanszírozott ellátás nyújtására külön megbízási vagy egyéb szerződést köt, vagy, ha a magánfinanszírozott szolgáltatást nyújtó elkülönülő jogi személy ugyanazokkal az emberekkel köt szerződést, akik ugyanott, ugyanazt az ellátást közfinanszírozottan is nyújtják.

Természetesen fordított helyzet is előállhat, vagyis hogy a közfinanszírozott intézmény foglalkoztatja vállalkozóként vagy megbízási szerződéssel a munkavállalót, aki a magánfinanszírozott szolgáltatást nyújtóval van munkaviszonyban, vagy éppen mindkét helyen vállalkozói/megbízási szerződéssel foglalkoztatják.

Ha a kétfajta finanszírozású ellátás rendelési ideje teljesen elválik, vagy ha a közreműködő munkavállaló szerződésében egyértelműen rögzített, melyik időszakokban melyik típusú ellátásban vesz részt, az elkülönítés egyértelmű mind a munkavállaló, mind a munkáltató számára. Ilyenkor időarányosan – vagy a munkaszerződés szerint – egyértelműen felosztható a kétfajta finanszírozás között a személyi költség, és minimális annak az esélye, hogy az ellátottak azért szenvedjenek valamilyen hátrányt, mert az ellátásukban részt vevő másik ellátástípusban is részt vesz.

Előfordul azonban olyan eset is, amikor az adott személy köz- és magánfinanszírozott tevékenységben való részvétele időben átfedést mutat. A Felügyelet munkatársai találtak például olyan helyzettel, hogy a közfinanszírozott ellátásban foglalkoztatott orvos ügyeleti idejében – külön szerződéses jogviszony alapján – magánfinanszírozott diagnosztikai vizsgálatok leleletezését végezte. Hasonló helyzet áll elő, ha a kórházi nővér szerződéses alapon egyidejűleg a magánfinanszírozott kórterem betegeit is ellátja, ha az orvos magánpraxisába tartozó betegeket is ellát a közfinanszírozott rendelési időben, vagy ha a labor dolgozója a külön szerződés alapján vizsgált minták elemzését együtt végzi a közfinanszírozott munkájukkal.

Ezekben az esetekben nehéz megítélni, hogy az időbeli átfedés okoz-e jogszabályi, elvi vagy gyakorlati problémákat. Pontos szabályozási előírások hiányában mindig egyedileg kell mérlegelni, hogy az elkülönítés hiánya hátrányosan érinti-e a közfinanszírozott beteget. Ezt a mérlegelést azonban nehezíti, hogy az sem egyértelmű, hogy ha az elvárt ellátási, szolgáltatási színvonalat, protokollt a közfinanszí-

rozott betegek esetében (is) teljesíti az orvos vagy szakdolgozó, hátrányos-e, ha nem az ő ellátási színvonalukat növeli még jobban, hanem ehelyett térítéses ellátást végez.⁹

5.3 TERMÉSZETBENI ELKÜLÖNÍTÉS (HELY, IDŐ)

A jogszabályokból és a finanszírozási szerződésekből nem csak a személyi feltételek, de magának az ellátásnak a minél erősebb elkülönítésére vonatkozó elvárások is tükröződnek.

Ezeknek az elvárásoknak a gyakorlati megvalósítása nem egyszerű, sőt ha az egészségügyi szolgáltatónak sürgősségi ellátási kötelezettsége van, a teljes időbeli elkülönítés egyáltalán nem lehetséges. Hasonlóan minél összetettebb a szolgáltatás, annál nehezebb a teljes körű helyi elkülönítés is.

Amint az az ellátásban részt vevők elkülönítésének tárgyalásánál bemutatásra került, ez a fajta természetbeni kettéválasztás egyes esetekben könnyen megvalósítható, más esetekben ugyanakkor olyan többlet erőforrások biztosítását igényli, amelyek már megkérdőjelezzik a magánfinanszírozott ellátás nyújtásának racionalitását, illetve a szabad kapacitások kihasználása helyett inkább közelítik egy önálló vállalkozás működtetésének költségszerkezetét és erőforrásigényét.

Az elméletileg elképzelhető szabad kapacitások körét, és kihasználhatóságát az egyes elkülönítési megoldásoknál mutatja az alábbi táblázat.

Szabad kapacitás jellege	Terület	Idő	Munkatárs	Szolgáltató
Berendezések, gépek működési ideje	!	!	✓	✓
Üres kórházi ágyak	✗	!	✓	✓
Orvosok, szakdolgozók kifizetett munkaideje	!	!	✗	✗
Használaton kívüli ingatlan, helyiség, felszerelt helyiség	✓	✗	✓	✓
Nem 24 órában használt ingatlan, helyiség, felszerelt helyiség	✗	✓	✓	✓

<i>Jelmagyarázat:</i>	✓ megoldható
Területi és/vagy időbeli elkülönítés többnyire megoldható	! esetleg megoldható
Sokszor sem területi, sem időbeli elkülönítés nem oldható meg.	✗ nem megoldható

Jól látható, hogy – a TVK rendszer, a minimumfeltételek és a gazdaságos üzemméret miatt – éppen a gyakorlatban leginkább jellemző szabad kapacitások kihasználását nehezíti meg a térbeli vagy időbeli elválasztás szigorú megkövetelése.

5.4 ELKÜLÖNÍTÉSRE VONATKOZÓ JAVASLATOK

Mint az előzőekben bemutatásra került, a szabad kapacitások felhasználása komplex probléma, és a vonatkozó előírások sem igazítanak el egyértelműen. Jogszabály (az Ebtv.) csak a pénzeszközök elkülönített kezelését írja elő. A további elkülönítésekre vonatkozó elvárások az OEP finanszírozási szerződéseiből, és különböző eljárásokban alkalmazott jogértelmezésekből szűrhetőek le. Ideális azonban mindenképpen az lenne, ha a jogalkotó szabályozná részletesen azt a kérdést, hogy a pénzeszközök

⁹ Ha például egy kórházi osztály nővére megfelelően látja el a közfinanszírozott kórtermek betegeit, az elvárható időn belül megjelenik a nővérhívó megszólalása után, rendben vezeti a dokumentációt stb., vállalhatja-e az osztályon lévő magánfinanszírozott ellátást nyújtó kórterem betegének ellátását, vagy az ott töltött idővel „megrövidíti” a közfinanszírozott betegeket? Ha az orvos az ügyelet éppen eseménytelen idejét olvasás, pihenés vagy TV-nézés helyett leletezéssel tölti, hátrányt, kárt okoz-e ezzel a betegeknek, az Egészségbiztosítási Pénztárnak vagy a munkáltatójának?

elkülönítésén kívül szükséges-e más típusú elkülönítés – és ha igen, miként – a két szolgáltatási forma között.

Feltételezve, hogy a magánfinanszírozott ellátás lehetősége az egészségügyi intézmények szabad kapacitásainak kihasználását és anyagi helyzetük javulását célozza, a fentieknek megfelelően a teljes fizikai elkülönítés helyett sok esetben más, ésszerűbb megoldást kell keresni.

A keresett megoldásnak azonban az alábbi feltételeknek mindenképpen meg kell felelnie:

1. A közfinanszírozott intézmény valóban csak szabad kapacitásait használja fel térítéses szolgáltatások nyújtására – azaz az adott időszaki TVK-t teljes egészében használja fel.
2. A sürgősségi betegek ellátását ne hátráltathassa a szabad kapacitások felhasználása - értelemszerűen az éppen folyó beavatkozások, ellátás megszakítása többnyire nem szükséges.
3. A térítéses ellátás érdekében a szolgáltató ne csökkentse vagy rontsa a közfinanszírozott ellátások számát, minőségét.
4. A térítéses szolgáltatás nyújtásának feltételeit, módját, dokumentálását stb. részletes belső szabályzatok írják le.
5. Az ellátott számára már az ellátás megkezdése előtt – illetve adott esetben már a listára kerüléskor, előjegyzéskor – legyen egyértelmű, milyen finanszírozású ellátásban fog részesülni, és ez várhatóan milyen térítési díjjal jár.
6. Az ellátottak számára legyen előre és könnyen megismerhető a térítéses szolgáltatás lehetősége, feltételei, ára.
7. Minden ellátásról legyen egyértelműen megállapítható és dokumentált, hogy milyen finanszírozás keretében történik, a finanszírozás módjának megállapítása ne önkényesen és ne utólag történjen.
8. A gazdálkodási rendnek megfelelően különüljenek el a kétfajta finanszírozás bevételei és költségei.

Az alábbi táblázat azt mutatja, hogy melyek a legfőbb érvek és ellenérvek, hogy közfinanszírozott és a magánfinanszírozott ellátás egy vagy több szolgáltató általi végzésére.

Egy szolgáltató	Két külön szolgáltató
Kevesebb adminisztratív költség	Több adminisztratív költség
A többletbevételek egyéb egészségügyi szolgáltatásokra, minőségfejlesztésre fordítódnak	A többletbevételek könnyebben kikerülnek az egészségügyből
Nem okoz külön nehézséget a sürgős betegek ellátása	Ha sürgősségi ellátási kötelezettség is van, a teljes elkülönítés a jelenlegi szabályozás mellett nem megoldható
Kevés szabad kapacitás esetén is rentábilis lehet	Kevés szabad kapacitás esetén nem rentábilis

A gazdálkodási elkülönítés nehezebben kezelhető	A gazdálkodási elkülönítés elvileg adott
A munkatársi elkülönítés nehezebben megvalósítható	A munkatársi elkülönítés könnyebben megvalósítható

A fenti érveket-ellenérveket tekintve az állapítható meg, hogy bár több előnye van annak, ha egyetlen szolgáltató végzi a köz- és a magánfinanszírozott egészségügyi ellátásokat is, de ez esetben éppen a legproblémásabb kérdés, a szolgáltatások elkülönítésének megvalósítása válik nehezebbé. Azonos jogi személy által nyújtott szolgáltatásoknál az alábbi szempontok figyelembe vétele javasolt:

- a könyvelésben különüljenek el a vonatkozó bevételeket és kiadások;
- ahol lehetséges, legyen külön rendelési idő (még ha lesz is egy kevés átfedés a sürgősségi ellátások esetén);
- a dolgozóknak legyen külön szerződésük, külön díjazással a térítéses szolgáltatásokra.

Feltételezve, hogy azonos jogi személy nyújtja a köz- és magánfinanszírozott ellátásokat, eldöntendő, hogy az maga az Egészségbiztosítási Pénztárral jogviszonyt létesítő, közfinanszírozott szolgáltató vagy egy közreműködő legyen. Az alábbi táblázat e két megoldás előnyeit és hátrányait mutatja be.

Finanszírozott szolgáltató	Alvállalkozó/Közreműködő
A teljes bevétel az ellátórendszerben marad	Könnyebben kikerülhetnek a források az ellátórendszerből
A finanszírozási szerződés és a leendő ÁSZF közvetlen hatálya nagyobb védelmet nyújt a betegeknek	Csak közvetetten köti a finanszírozási szerződés és a leendő ÁSZF
Nincs lehetőség a szolgáltatók közötti együttműködésre	Ha több közfinanszírozott szolgáltató közreműködőjeként lép fel, jobb, olcsóbb szolgáltatást is nyújthat (pl. tapasztaltabb szakembergárda, egy szolgáltatásra jutó alacsonyabb fix költség stb.)

A közreműködő bevonásakor – különösen akkor, ha eltérő a tulajdonosi háttér – érdemes figyelni arra, hogy a szabad kapacitások felhasználásának lehetősége ne kerüljön ki ellenérték nélkül a közfinanszírozott szolgáltató kezéből. A kihasználható szabad kapacitások ugyanis értéket jelentenek, melyet a szerződés megkötésekor számításba kell venni.

Alvállalkozó bevonásánál – az érdekellentéteket bemutató fejezetben elmondottaknak megfelelően – figyelembe kell venni azt is, hogy a közreműködő tulajdonosi körében megjelennek-e a közfinanszírozott szolgáltató dolgozói.

6. A TÉRÍTÉSI DÍJ MEGÁLLAPÍTÁSA

A térítési díj ellenében nyújtott ellátásoknál fontos kérdés, milyen árakat alkalmazhat az egészségügyi szolgáltató a szabad kapacitásainak felhasználásakor.¹⁰

Bár a jogszabályokból látszik, hogy a jogalkotó egyes esetekben (pl. külföldi betegek esetén) szabályozni kívánja a térítési díjakat a térítési díjak megállapításakor az egészségügyi szolgáltatókat jelenleg speciális rendelkezések nem kötik.

Az árképzésnél alkalmazandó egyéb jogszabályok azonban rájuk is vonatkoznak, így például az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) rendelkezései is. Tehát többek között nem alkalmazhatnak hátrányos megkülönböztetést az ügyfelekkel szemben, így nem alkalmazhatnak különböző árakat a magyar és a külföldi betegek ellátása során sem.

Természetesen a betegek között más alapon sem tehető önkényes megkülönböztetés. Hogy a megkülönböztetés mikor önkényes, azt gyakran csak az egyedi szempontokat mérlegelve lehet eldönteni: például az Egyenlő Bánásmód Hatóság gyakorlatát nézve megengedhető különböző árkedvezmények alkalmazása (pl. nyugdíjas vagy diákkedvezmény), azonban elképzelhetőek olyan esetek is, amikor az árképzés jogszerűsége kérdéses: például életkor alapján különböző árak alkalmazása, helyi lakosok előnyben részesítése stb.

A térítési díjak meghatározása szempontjából az is gyakran felmerülő kérdés, van-e valamilyen kapcsolat a közfinanszírozott és a magánfinanszírozott szolgáltatások árai között. Mivel az Ebtv. a finanszírozási szerződésekre elsősorban a Ptk.-t rendeli alkalmazni, ezért kimondható, hogy a vevő személye (vagyis hogy az az OEP, vagy egy beteg) önmagában nem indokolhat árkülönbséget. Fennállnak azonban olyan körülmények, amelyek indokolhatják az árak eltérését bármely irányba.

A legfontosabb eltérés, hogy az Egészségbiztosítási Pénztárnak a szolgáltatóval szerződési kötelezettsége van, a szolgáltatónak (vagy fenntartójának) pedig gyakran ellátási kötelezettsége. Emiatt a két fél kénytelen szerződést kötni egymással, a jogviszony létrejöttében nem dönthetnek teljesen szabadon. Ebben a jogviszonyban ráadásul az OEP feltételei a mérvadóak, a szolgáltatásért fizetendő árat a legtöbb esetben ő határozza meg, a szolgáltatónak nincs lehetősége erről tárgyalni. A térítéses ellátások esetében ugyanakkor mindkét fél szabadon dönthet arról, kívánja-e, és ha igen, milyen feltételek mellett a szolgáltatást nyújtani illetve igénybe venni.

Eltérést okozhat a köz- és magánfinanszírozott árban a vásárolt mennyiség és a szolgáltatás tartalma is. Egyfelől az Egészségbiztosítási Pénztár nagy tételben, hosszú távú szerződésben vásárol, jól fizető, biztos vevő. Ez nyilvánvalóan indokolhatja számára árkedvezmény nyújtását. Másfelől viszont az egészségügyi szolgáltatók gyakran olyan kiegészítő szolgáltatásokat is biztosítanak az OEP/REP számára (pl. ügyelet), melyek önálló szerződéses árral nem rendelkeznek, költségük lényegében beépül az

¹⁰ A külföldi állampolgárokra vonatkozó, de értelemszerűen más magánfinanszírozott ellátásra is alkalmazható a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól szóló 87/2004. (X. 4.) ESzCsM rendelet tanulmány készítésekor hatályos 3. §-a a következőket mondja ki:

3. § (1) A térítési díjat a szolgáltató, illetve fenntartója vagy tulajdonosa a Magyar Orvosi Kamaráról szóló 1994. évi XXVIII. törvény 2. §-a (1) bekezdésének i) pontja alapján kiadott ajánlások figyelembevételével állapítja meg, illetve hagyja jóvá.

A fenti rendeletben hivatkozott törvényt azonban az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény hatályon kívül helyezte. Ez az újabb jogszabály pedig már nem biztosítja a Magyar Orvosi Kamarának a fenti ajánlások kiadására vonatkozó jogkört.

egyed, egyedi szolgáltatási tétel árába. Így az is indokolható lehet, ha az egészségügyi szolgáltató a közfinanszírozottnál alacsonyabb áron kínálja a térítéses szolgáltatásait.

Az árképzéssel kapcsolatban összegzésként az mondható el, hogy jelenleg nincsenek egyértelműen elvárva a vonatkozó kérdések. A köz- és magánfinanszírozott ellátás eltérő piaci struktúrája, vevő-eladó viszonya miatt, illetve más mérlegelendő szempontok miatt azonban a két ellátás díja nem hasonlítható össze automatikusan, nem mondható ki általánosan, hogy az egyiknek a másiknál alacsonyabbnak, magasabbnak vagy azzal egyenlőnek kell lennie. A magánfinanszírozott ellátás keretében ugyanakkor a vevők között az árazásban önkényes megkülönböztetések nem tehetők.

7. ELŐJEGYZÉS, VÁRAKOZÁS

A szabad kapacitások hasznosításával az előjegyzés, várakozás problémaköre szorosan összefügg: a várakozási idők növekedése és a várható várakozási idők előzetes ismerete a betegek részéről értelemszerűen növelik a magánfinanszírozott ellátások iránti fizetőképes keresletet. A közfinanszírozott szolgáltatók pedig éppen a várólista csökkentésének egyik lehetséges eszközeként tekintenek a térítéses ellátás nyújtására.¹¹

Mivel a várólistákra és betegfogadási listákra vonatkozó jogszabályok¹² csak a közfinanszírozott egészségügyi ellátásokra terjednek ki, a térítéses ellátás nyújtásakor az előjegyzés léte és formája a szolgáltatás nyújtójának mindenféle jogszabályi korlátozástól mentes döntése. Akkor is így van ez, ha ugyanaz a szolgáltató, ugyanarra az ellátásra jogszabály szerinti váró- vagy betegfogadási listát is vezet. Két szempontból érdemes azonban tárgyalni a várólista-vezetés és a térítési díjas ellátások kapcsolatát: a közfinanszírozott várólistán szereplő, de később térítéses ellátást választó beteg, illetve az azonos infrastruktúra használata miatti közös előjegyzési rendszerek szempontjából.

7.1 KÖZFINANSZÍROZOTT VÁRÓ- VAGY BETEGFOGADÁSI LISTÁN SZEREPLŐ SZEMÉLY TÉRÍTÉSES ELLÁTÁSA

Előfordulhat, hogy egy ellátásra jelentkező beteg az ellátási igény jelentkezésekor még közfinanszírozott ellátást kér, de később megváltoztatja döntését, és inkább magánfinanszírozott formában veszi igénybe az ellátást. Vagyis felkerül a közfinanszírozott ellátás váró- vagy betegfogadási listájára, de az ellátása – saját döntése alapján – már térítés ellenében történik. Felmerül a kérdés, ha a térítéses ellátást ugyanaz a szolgáltató nyújtja, mint a közfinanszírozottat, hogyan kezelendő ez az esemény.

A fenti esetben a váró- vagy betegfogadási lista szempontjából a térítéses ellátás ugyanolyan „külső” esemény, mintha a beteg másik szolgáltatónál venné igénybe az ellátást, és ezért lekerülne az adott listáról. Ennek megfelelően nem értelmezhető a sorrendtartás kérdése, vagyis pusztán az a tény, hogy a beteg időben előbb kap ellátást, mint a várólistán előtte szereplő más betegek, nem jogszabályellenes. Az esemény Egészségbiztosítási Felügyelet felé történő jelentése is megegyezik azzal, mintha a beteg más szolgáltatónál kapna ellátást.¹³

7.2 ELŐJEGYZÉSEK VEZETÉSE AZONOS INFRASTRUKTÚRA HASZNÁLATA ESETÉN

Mivel a két ellátási forma azonos vagy részben átfedő kapacitások kihasználásán alapul, ezért az előjegyzésnél mindkét ellátási formára jelentkező betegek megjelenhetnek. A korábbiakban kifejtettek-

¹¹ Az esettanulmányok készítésekor tapasztalt, az előjegyzési rendszert, váró- és betegfogadási listákat érintő kérdésekkel az I. Függelék foglalkozik részletesen.

¹² A finanszírozási szerződéssel rendelkező járó-, illetve fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók térítési díj ellenében végzett ellátásai jogszerű biztosításához kapcsolódó jogszabályi háttérrel a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.), az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Korm. rendelet), valamint a várólista-sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi szakmai feltételeiről szóló 45/2006. (XII. 27.) EüM rendelet (a továbbiakban: EüM rendelet) határozza meg.

¹³ Ilyen esetekben a jelentendő kód a 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 13/B. §-ában foglaltak szerint az EOA, vagyis, hogy az ellátási igény „egyéb okból aktualitását veszítette”.

nek megfelelően a szabad kapacitások felhasználásakor azonban az egyik legfontosabb elv az, hogy annak során a közfinanszírozást igénybe vevő betegeket ne érje hátrány.

Az, hogy ez hogyan oldható meg, jelentős mértékben függ attól, hogyan különíti el a szolgáltató a két-fajta finanszírozású ellátást. Ha az ellátások idő, hely vagy eszköz szerint elkülönülnek – például bizonyos napokon vagy napszakokban, külön rendelőben vagy éppen külön berendezéssel végzik a térítéses ellátást – az előjegyzések akár külön listán is vezethetők. Szintén nem merül fel a közös előjegyzés problémája, ha a térítéses ellátás az ellátásra jelentkezéskor azonnal, várakozás nélkül történik.

Ha azonban a térítéses ellátást is előjegyzés alapon, a közfinanszírozottal azonos helyen, nem szigorúan elkülönülő rendelési időben, azonos eszközzel nyújtják, a kétfajta finanszírozású ellátás előjegyzését egymást kölcsönösen figyelembe véve kell vezetni. Papír alapú előjegyzésnél ez vagy a térítéses időpontok előre kijelölésével oldható meg egyszerűen, vagy egyetlen példányban vezetett előjegyzéssel, amelyben a finanszírozási forma megjelölésével, de attól független sorrendben vezetik az előjegyzéseket. Informatikai rendszerben akár külön előjegyzési listák is vezethetőek, ha a rendszer a duplikált előjegyzéseket megakadályozó funkcionalitással bír.

8. KÖVETKEZTETÉSEK

Mint azt a tanulmány korábbi fejezetei részleteiben is bemutatták, elsősorban megfelelő szabályozásra van szükség ahhoz, hogy a térítéses ellátás helye pontosan meghatározható legyen az egészségügyi rendszerben, és a szolgáltatók az ideális mértékben, a jogszabályoknak megfelelően működtessék azt.

A közfinanszírozott ellátást nyújtó egészségügyi intézményekben e szabályozottság és iránymutatás hiányában csak néhány, e szempontból már jól bejáratott szakterület esetén terjedt el szélesebb körben intézményesített formában a térítéses ellátás. Sok szolgáltató és szakterület a térítéses ellátást egyáltalán nem vagy csak alkalomszerűen nyújtja, ha felmerül rá az igény – például külföldiek ellátása esetén.

Az ilyen, kivétel jellegű térítéses szolgáltatásnyújtás hátránya nem csak az, hogy a szolgáltató potenciális forrásoktól esik el, hanem hogy amikor a térítéses szolgáltatásra mégis sor kerül, a rutinszerű működés hiánya miatt nagyobb az esélye a betegjogi, gazdálkodási vagy egyéb szabályoktól való eltérésnek.

Ahhoz, hogy a közfinanszírozásban is részesülő egészségügyi szolgáltatók számára egyértelmű legyen, mikor érdemes, és hogyan jogszerű térítéses szolgáltatást nyújtani, az alábbi területek pontosabb szabályozására van szükség mind a jogszabályokban, mint az Egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződésekben.

Jogszabályi szinten érdemes pontosan meghatározni:

- A térítéses ellátás egészségügyi ellátásban elfoglalt helyét, közfinanszírozott ellátáshoz való viszonyát, különös tekintettel a betegjogok érvényesülésére
- A térítéses szolgáltatás reklámozásának feltételeit az egészségügyi intézményekben
- A térítéses és közfinanszírozott ellátásban is személyesen részt vevő vagy más módon érdekelt személyek összeférhetlenségének eseteit, szabályait
- A váró- és betegfogadási listák – sürgősségi kategóriákat és beutalási kontingenseket is kezelő – kibővített szabályait, melyek az azonos infrastruktúrán ellátott köz- és magánfinanszírozott betegek előjegyzésének rendszerét is figyelembe veszik
- A közfinanszírozott szolgáltató által nyújtott térítéses szolgáltatás hatósági felügyeleti jogköreit.

Az Egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződésben szükséges meghatározni:

- A térítéses és magán szolgáltatás együttes nyújtására vonatkozó követelményeket, a gazdálkodási, infrastrukturális és dolgozói elkülönítés elvárt szintjét és megoldásait, kitérve a sürgős esetek kezelésére is.
- A szerződött szolgáltató egészségügyi szolgáltatást nyújtó közreműködőjére vonatkozó szerződéses feltételek pontos körét – a versenyjogi szempontokat is figyelembe véve
- A jelenlegi szerződésekben szereplő rendelkezésre állási idő pontos jelentését, illetve a különböző lekötött kapacitások (TVK, rendelkezésre állási idő, szakorvosi óraszám stb.) egymáshoz való viszonyát.

A tanulmány készítésének egyik célja az volt, hogy azonosítsa a legjobb gyakorlatokat, ezzel segítve a szolgáltatókat szabad kapacitásaik térítési díjas szolgáltatás nyújtásával történő, jogszabályoknak megfelelő kihasználásában. A tapasztalt szabályozási bizonytalanságok miatt ilyen, általánosan használható gyakorlatot jelen tanulmány nem tud bemutatni. Az alábbiakban néhány olyan feltétel szere-

pel, amely szükséges – bár nem feltétlenül elégséges – a jogszabályoknak és alapelveknek megfelelő szolgáltatásnyújtáshoz:

1. A közfinanszírozott intézmény valóban csak szabad kapacitásait használja fel térítéses szolgáltatások nyújtására – azaz az adott időszak TVK-t teljes egészében használja fel.
2. A sürgősségi betegek ellátását ne hátráltathassa a szabad kapacitások felhasználása.
3. A térítéses ellátás érdekében a szolgáltató ne csökkentse vagy rontsa a közfinanszírozott ellátások számát, minőségét.
4. A térítéses szolgáltatás nyújtásának feltételeit, módját, dokumentálását stb. részletes belső szabályzatok írják le.
5. Az ellátott számára már az ellátás megkezdése előtt – illetve adott esetben már a listára kerüléskor, előjegyzéskor – legyen egyértelmű, milyen finanszírozású ellátásban fog részeseülni, és ez várhatóan milyen térítési díjjal jár.
6. Az ellátottak számára legyen előre és könnyen megismerhető a térítéses szolgáltatás lehetősége, feltételei, ára.
7. Minden ellátásról legyen egyértelműen megállapítható és dokumentált, hogy milyen finanszírozás keretében történik, a finanszírozás módjának megállapítása ne önkényesen és ne utólag történjen.
8. A gazdálkodási rendnek megfelelően különüljenek el a kétfajta finanszírozás bevételei és költségei.

I. FÜGGELÉK: VÁRÓLISTÁK, ELŐJEGYZÉS

A tanulmány készítése során a Felügyelet munkatársai a meglátogatott MRI diagnosztikai szolgáltatóknál a várólistavezetés, előjegyzés területén olyan kérdésekkel, megoldásokkal is találkoztak, melyek e tanulmány keretei közötti megtárgyalása mindenképpen hasznos – bár közvetlenül nem kapcsolódnak a térítéses ellátások problémaköréhez. Az alábbi fejezetek ennek megfelelően a várakozás, váró- és betegfogadási listák kezelésének elvi, betegjogi, adminisztratív és, technológiai témáit járják körül.

1. ALAPELVEK

A várólista és betegfogadási lista alkalmazása azt a célt szolgálja, hogy az intézmények a betegellátást – a rendelkezésre álló kapacitásokra tekintettel – megfelelően, hatékonyan tudják ütemezni. A váró-és betegfogadási listák kialakításával, kezelésével kapcsolatban megfogalmazható legfontosabb szabályozási alapelvek, célok:

1. **az egyenlő hozzáférés:** azaz, hogy két azonos helyzetben lévő beteg azonos megítélés alá essen, és
2. **a szolidaritás,** azaz, hogy a súlyosabb helyzetben lévő beteg hamarabb jusson hozzá az ellátáshoz.

A gyakorlatban ezen alapelvek érvényesítését csak a kötelező egészségbiztosítás feladatának tekintik, mivel a magánszolgáltatások esetében az egészségügyi szolgáltató és a beteg között szabadon kötött szerződés határozza meg a szolgáltatás minőségi, tér-és időbeli paramétereit. Ugyanakkor sok esetben a kétfajta ellátás a várólista-vezetéskor is összekeveredik.¹⁴

Az Ebt. 5/B. § m) pontja definiálja a betegfogadási listákat. Betegfogadási listát a járóbeteg-szakellátás valamennyi ellátására vezetni kell, szakrendelésenként. Az MRI diagnosztikában (mint járóbeteg-szakellátásban) vezetendő előjegyzési rendszerek nélkülözhetetlenek mivel:

- biztosítják a járóbeteg-ellátáshoz való egyenlő hozzáférést;
- az informatikai eszközökkel vezetett előjegyzések javítják a tervezhetőséget, a kapacitáskihasználtságot és így a hatékonyságot;
- az előjegyzési rendszerek lehetőséget adnak arra, hogy a betegeknek kevesebb idejük menjen el kiküszöbölhető, fölösleges várakozással;
- lehetővé teszik az elektronizált beutalási rendszerek használatát (pl. háziiorvosi-szakellátói integrált intézményközi rendszer esetében);
- bővítik az elektronikus TAJ-kártya által biztosított funkciók körét (pl. a beteg interneten kérhet előjegyzést a beutalóhoz nem kötött ellátások esetében).
- a biztosítottak várakozási idejének csökkentése nemzetgazdasági szinten jelentős időmegtakarítással jár (még ha ez a szolgáltató szintjén nem is csapódik le pénzben mérhető módon).

A kötelező egészségbiztosításra vonatkozó legfontosabb szabályozási célok, és az ezekből következő megoldási lehetőségek a következők:

- **Sürgősség:** sürgős szükség fennállása esetén a szolgáltató nem élhet semmilyen indokolatlan várakoztatással. A nemzetközi gyakorlat és a jelen vizsgálat tapasztalatai is azt mutatják, hogy

¹⁴ Az esettanulmányban részt vevő egyik szolgáltató például a rövid értesítési idővel lemondott vizsgálat miatt felszabadult helyeket esetenként a gyors beérkezést vállaló magánfinanszírozott betegekkel tölti fel.

a váró- és betegfogadási listákon az azonnali és a halasztható kategóriák megkülönböztetése nem elégséges. Általános gyakorlat az egyes listákon belül sürgősségi kategóriák létrehozása, továbbá az egyes kategóriákhoz célértékek rendelése. Az MRI diagnosztika szakmai sajátosságai miatt a következő három kategória kialakítása javasolt, melyek elnevezése igazodik a bevett szaknyelvhez:

- tervezhető (azaz elektív vagy halasztható);
- elsőbbségi (azaz előresorolt vagy prioritizált);
- sürgősségi (azaz azonnali).

Az egyes kategóriákhoz tartozó ellátási célértékek listánként, illetve szakmánként különböznek (pl. kardiológia vagy onkológia esetében a tervezhető kategóriához lényegesen alacsonyabb célérték tartozik, mint ortopédia esetében).

- A betegek eltérő állapota eltérő szükségleteket jelent, ezért a **szolidaritás** alapvének való megfelelés miatt a szabályozásnak meg kell engednie, hogy az ellátási sorrend eltérjen a listára való felvétel sorrendjétől. Az eltérések szabályozását azonban előre definiálni kell.
- A várakozási idők széles körű **transzparenciája** miatt lényeges az ellenőrzéshez és statisztikai összegzéshez szükséges információk rendelkezésre állása.
- **Várakozási idő:** Az adminisztrációs terhek csökkentése érdekében megfelelő megoldást jelenthet egy olyan szabály bevezetése, hogy várólistákat csak akkor kell egy intézménynek vezetnie, ha a várakozási idő meghalad egy bizonyos küszöbértéket, például 30 naptári napot.
- **Elkülönítés:** A térítéses és a közfinanszírozott ellátások elkülönítésének elvével a korábbi fejezetekben részletesen foglalkoztunk. Röviden összefoglalva: a szolgáltatónak törekednie kell a kétféle finanszírozású vizsgálat minél teljesebb elkülönítésére, az átfedések minimalizálására.
- **Sorrendtartás:** A 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet szerint „a betegfogadási lista összeállításánál figyelembe kell venni az azonnali ellátásokat, a kontrollt igénylő eseteknek, a rendszeres ellátást igénylő gondozott betegeknek, a szakorvosi konzíliumot igénylőknek, a fekvőbetegek részére nyújtott ellátásoknak, valamint az orvosszakmai szakvélemény kiadásához szükséges szakvizsgálatoknak a várható számát”. Vagyis, a felsorolt betegek számára elkülönített módon szabad kapacitást kell fenntartani, az intézmény tapasztalata és az előző három hónap átlagos betegforgalma alapján. Egy intézmény tehát csak akkor vállalhatja el egy új beteg kezelését, ha a már meglévő betegeit a szakmai szabályok szerint el tudja látni; ugyanakkor biztosítania kell, hogy az érintett beteg ne maradjon tartósan ellátatlanul, illetve az ellátás késedelme ne veszélyeztesse jelenősen az állapotát.

2. KEZELENDŐ ESETEK

Az előjegyzés és várakozás során elsősorban az alábbi az alábbi kérdések, problémák merülnek fel:

1. Ki jogosult közfinanszírozott szolgáltatás igénybevételére, ki kerülhet fel egyáltalán a listára?
2. Hogyan lehet a kategorizálni a listára kerülő betegeket (a súlyosabb esetek kevesebbet várjanak)?
3. Vis maiorok miatt elmaradt ellátások kezelése.

A. BETEG JOGÁLLÁSA, BEUTALÓ INTÉZMÉNY

A közfinanszírozott vizsgálatra érkező betegek lehetnek az intézmény saját szakrendeléséről vagy más járóbeteg-ellátótól beutalt biztosítottak, illetve lehetnek saját osztályos (fekvő) betegek. A térítéses vizsgálatra érkezők pedig lehetnek a magyar társadalombiztosítási rendszer által biztosítottak, akik (jellemzően) a rövidebb várakozási idő miatt térítéses vizsgálatra jelentkeznek be, illetve EU kártyával rendelkező, illetve nem rendelkező EU-s állampolgárok, valamint nem EU-tagállamok állampolgárai. A közfinanszírozottak az 1-es (járó) és 6-os (fekvő) térítési kategóriába tartoznak, a térítéses vizsgálatok eseteit a 4-es térítési kategóriával jelenti a szolgáltató.

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény szerint azok minősülnek belföldinek, akik bejelentett magyarországi lakcímmel rendelkeznek (amit a lakcímgazolvány igazol). Társadalombiztosítási szempontból tehát mindenki más külföldinek számít (azaz a külföldön élő magyar állampolgárok is). A huzamosabb ideig Magyarországon tartózkodó, ellátásra nem jogosult külföldi személyeknek ezen túl lehetőségük van megállapodás alapján járulékot fizetni és ezáltal jogosultságot szerezni az ellátásra, bár a megállapodáson alapuló ellátások köre ugyanakkor szűkebb, mint az egyéb jogviszony alapján az egészségbiztosítás keretében járó szolgáltatásoké.

A külföldiek, vagy TAJ számmal nem rendelkezők ellátása speciális kérdéseket is felvet, mivel legtöbbször – a tervezetten térítéses ellátással ellentétben – a beteg által előre nem vártan jelentkezik az ellátási igény. Míg sürgősségi ellátásuk kötelező, elektív ellátásuk csak akkor, ha megtérítik ennek díját. (Sok intézménynél az ilyen betegek a térítéses ellátások leggyakoribb alanyai.) Ugyanakkor az intézmény döntése, hogy mely esetekben hajlandó ilyen ellátást nyújtani, illetve hogyan térítteti meg a díjat.

Vannak helyzetek, amikor ezeket a döntéseket nehéz meghozni: ha például a beteg sürgős ellátást kapott, majd az ellátást követően szükség lenne egy alaposabb kivizsgálásra, megtagadja-e ezt az intézmény? További problémát jelent, hogy a legtöbb intézmény nincs felkészülve – különösen külföldi beteg esetén – az esetleg keletkező kintlevőség behajtására, ugyanakkor egy-egy nagyobb értékű beavatkozás előre, egy összegben történő finanszírozása nehezen várható el a betegtől.

B. SÜRGŐSSÉGI KATEGÓRIÁK

Sürgős vizsgálatot, beavatkozást akkor kér a beutaló orvos, amikor megállapítása szerint azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. A tanulmány készítése során megkeresett intézményekben döntően a következő esetekben szoktak sürgős MRI vizsgálatokat kérni: agyi daganatok; agyi érbetegségek, a stroke speciális esetei; hirtelen meghalt és sikeresen újraélesztett betegek; életveszélyes ritmuszavar és szívizombetegség esetén. A sürgős vizsgálatok az előjegyzési rendszeren kívül esnek, elvégzésük lehetőség szerint azonnal (folyamatban lévő vizsgálatot nem szakítanak félbe), soron kívül megtörténik. Sürgősségi ellátási kötelezettséggel bíró szolgáltatónál különösen érdekessé válik a térítéses ellátás nyújtásának kérdése. Mivel – mint az az esettanulmányokból kiderült – folyamatban lévő vizsgálatot magánfinanszírozott beteg esetében sem szakítanak félbe, szigorúan véve az ellátás nyújtásával a közben érkező, sürgős ellátásra szoruló beteg érdekei sérülnek. Ugyanakkor ezt a fajta érdeksérelmet a közfinanszírozott elektív ellátás is okozhatja, a kérdés pontos szabályozásának hiányában nehéz állást foglalni a megoldás jogszerűségéről.

A szubakut esetek nem igényelnek azonnali ellátást, de orvosszakmai szempontok miatt vizsgálatuk elvégzése kisebb időintervallumon belül indokolt, mint az átlagos várakozási idő. A várakozás ezekben az esetekben nagy valószínűséggel jelentős mértékű egészségromlással járna, illetve a beteg életvitelét nagymértékben megnehezíti. Ezek az esetek tehát nem kerülnek azonnal ellátásra, de elsőbbséget élveznek az előjegyzési rendszerben. Bár az orvosszakma megkülönbözteti az akut és az elektív mellett a szubakut eseteket, a betegfogadási listákra vonatkozó jogi szabályozás jelenleg nem tartalmaz az ilyen esetek vizsgálatára vonatkozó külön kategóriát.

Az esettanulmányok alapján elmondható, hogy az intézmények jelenleg is alkalmazzák az előjegyzés során ezt a kategóriát, a szakorvosok informális úton, illetve konzíliumon jelzik azt az igényüket, hogy betegeket ne az előjegyzési lista végére vegyék fel (illetve sorolják előre).

Az elektív vizsgálatok esetén a várakozás a betegnek várhatóan nem okoz kárt, ezért a beteget az előjegyzési lista első szabad (illetve számára megfelelő, kívánsága szerint az első szabad időpontnál későbbi) időpontjára teszik fel.

C. VIZSGÁLAT ELMARADÁSA

A diagnosztikai szolgáltatás szünetelése előfordulhat tervezetten vagy előre nem ismert okból. Tervezett leállásról van szó például a gép szervizelése vagy az épület felújítása esetén. A leállás időtartamára ilyen esetben természetesen nem jegyeznek elő vizsgálatokat. Előfordulhat azonban olyan eset is, amikor az üzemeltetésben beálló szünet nem tervezett: például áramszünet van az intézményben vagy meghibásodik az MRI berendezés. (Elméletileg személyi okok miatt is elképzelhető leállás, például szakorvoscsere vagy az egészségügyi dolgozók tömeges megbetegedése esetén, erre azonban még egyik felkeresett intézményben sem volt példa.) Ilyen esetben a szolgáltatónak gondoskodnia kell arról, hogy az előjegyzett betegeket (és orvosait) értesítse a vizsgálat elmaradásáról, illetve időpontjának módosulásáról. Az előjegyzés során rögzítik a betegek telefonszámát, ezért a vizsgálat elmaradásáról telefonon keresztül tudják értesíteni az érintetteket. Kivételes esetben előfordulhat, hogy az érintett páciens nem rendelkezik telefonos elérhetőséggel. Az egyik felkeresett intézményben ilyen esetben az a gyakorlat, hogy az illetékes önkormányzaton keresztül igyekeznek felvenni a kapcsolatot a beteggel. Másol postai úton próbálják tájékoztatni a vizsgálatra bejegyzetteket.

Ha a diagnosztikai szolgáltatást magánszolgáltató végzi, a kórházzal kötött szerződés előírhat elvárt üzembiztonsági szintet. Ez meghatározza a kiesés (gépleállás) maximális mértékét (az összidő százalékában kifejezve). Ha ezt meghaladó időtartamon keresztül szünetel a diagnosztikai szolgáltatás, akkor a szolgáltató a szerződésben foglalt feltételek szerint kötbért fizet a kórháznak.

3. TAPASZTALT TERVEZÉSI-KEZELÉSI MÓDOK

Az előjegyzési rendszerben felmerülő, korábban legalább részben bemutatott problémákra, a várakozások lehető leggyorsabb kezelésére nem egységes megoldásokat alkalmaznak a Felügyelet által megkérdezett egészségügyi szolgáltatók. Ebben az alponban az általuk leggyakrabban alkalmazott megoldásokat mutatjuk be, azok értékelése nélkül.

A. KONTINGENSEK

Bár a jelenlegi jogszabályi környezet nem rendelkezik a kontingensek alkalmazásáról, a betegforgalom gyakorlati tervezése és irányítása során az intézmények gyakran élnek ezzel az eszközzel. A kontingensrendszer segítségével az intézmények a legnagyobb beutalók között előre felosztják a közfinanszírozott kapacitás egy részét. Ez azt jelenti, hogy a legtöbb beteget beküldő beutalók számára fenntartanak meghatározott mennyiségű (minden héten fix időpontú, egymás után következő) vizsgálati időpontot. (Tehát nem csupán kvótáról, meghatározott arányról van szó, hanem konkrét időpontokról.) Az ilyen módon, egy beutaló (orvos, osztály vagy intézmény) számára állandó jelleggel fenntartott időpontokat nevezzük kontingenseknek.

A kontingensrendszert rendszeresen monitorozzák, felülvizsgálják, és az igények szerint igyekeznek alakítani a szolgáltató és a beutalók egyeztetéseiben. Az egyik vizsgált diagnosztikai szolgáltatónál például a legtöbb vizsgálatot kérő, és a szolgáltató megítélése szerint a rendszert felesleges vizsgálatokkal

terhelő beutaló orvos által kért vizsgálatok számának csökkentésére kívánta felhasználni (a korábbi beutalásai számához képest csökkentett kvótát jelentő) a kontingenst mint eszközt.

A kontingensrendszer széles körben alkalmazott módszer az intézmények körében. Abból a szempontból viszont eltérő a gyakorlat, hogy a beküldő orvos/intézmény a meghatározott kontingensen felül utalhat-e (nem sürgős ellátást igénylő) beteget vizsgálatra.

B. ELŐRESOROLÁS ORVOSSZAKMAI SZEMPONTOK ALAPJÁN ÉS A FELSZABADULÓ VIZSGÁLATI IDŐPONTOK KEZELÉSE

Az előjegyzési rendszernek kezelnie kell azokat az eseteket, amikor egy, már a listán szereplő beteget nem az előjegyzett időpontban látnak el, hanem orvosszakmai szempontok miatt annál hamarabb. Ez a jelenlegi szabályozás adta keretek között azt jelenti, hogy a várakozás időtartama alatt a beteg állapotában olyan változás lép fel, ami miatt az azonnali ellátás indokoltá válik. Ebben az esetben a beteget sürgős esetként ellátják, az előjegyzésben eredetileg számára biztosított hely pedig felszabadul.

Az előjegyzett időpont megüresedhet a vizsgálat lemondása miatt is. Ha a várakozás ideje alatt kiderül, hogy az időpont mégsem alkalmas a beteg számára, egészen az adott időpontig van lehetősége lemondani a vizsgálatot, telefonon. Ez azonban csak az előjegyzett esetek elenyésző arányában fordul elő, hiszen a vizsgálatra több hét (a Felügyelet honlapján megtalálható legfrissebb várólista-statisztikák szerint átlagosan több mint 6 hét) az átlagos várakozási idő. (A vizsgálat lemondására a legtöbbször akkor kerül sor, ha a beteg időközben egy másik intézményben elvégezteti a vizsgálatot.) A lemondott vizsgálatot törlik az előjegyzésből. A lemondott vizsgálatokról egyik felkeresett intézmény sem vezet külön nyilvántartást.

Ha egy távoli vizsgálati időpont felszabadul, a szolgáltató a betöltését valószínűleg a leghatékonyabb módon végzi el, tehát nem tolja az összes, a megüresedett időpont utánra előjegyzett beteget egy időponttal előre, mivel ez az átmozgatás túlságosan erőforrás-igényes lenne. Hatékonyabb, ha csupán a megüresedett helyre jegyeznek elő valakit. E megoldás esetén különösen fontos a pontosan szabályozott eljárásrend és dokumentálás, hogy a felszabaduló helyekre történő előjegyzés ne adjon lehetőséget visszaélésekre. A felszabaduló távoli időpontokat minden felkeresett szolgáltató a listán szereplő közfinanszírozott betegek valamelyikével tölti fel, térítéses betegek „beillesztése” nem gyakorlat.

C. SÜRGŐS ESETEK KEZELÉSE KIHAGYOTT IDŐPONTOKKAL

A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) kormányrendelet 13/A. § (6) szerint „*betegfogadási lista összeállításánál figyelembe kell venni a tárgyidőszakot megelőző három hónap betegforgalmi adatai alapján az azonnali ellátást, valamint a kontrollt igénylő esetek várható számát*”. A szolgáltatóknak meg kell tervezniük, hogy hogyan látják el az azonnali ellátást igénylő betegeket, akik természetesen előjegyzés nélkül érkeznek a vizsgálatra. A diagnosztikai szolgáltatók ezért igyekeznek az előjegyzési rendszerbe bizonyos rugalmasságot vinni, hogy a sürgős esetek vizsgálata viszonylag egyszerűen beilleszthető legyen az előjegyzés szerint érkezők ellátása közé. Az egyik módszer az, hogy az előjegyzési rendszerben bizonyos számú időpontot üresen hagynak, fenntartanak a sürgős betegek számára. Ezeket az időpontokat (jellemzően napi 2-3) egyenletesen szétosztják a nap folyamán. Természetesen az nem tervezhető előre, hogy a sürgős vizsgálatra érkező beteget pontosan ezekben az időpontokban lássák el, de az így kihagyott „lyukak” biztosítják, hogy a sürgős eset ellátása után az előjegyzés szerinti menetrendhez viszonylag rövid időn belül, kis csúszással vissza tudjanak térni. A másik módszer az, hogy az előjegyzésben a vizsgálatok időtartamát tudatosan felültervezik. Így időt nyernek a sürgős vizsgálatok elvégzésére, és az előjegyzés eredeti menetrendje sem módosul nagymértékben.

Azonnali ellátást igénylő beteg érkezésekor az éppen zajló vizsgálatot nem szakítják meg, a benn fekvő beteg a gépben marad, a sürgős esetet az előző vizsgálat befejezése után látják el.

Az egyik meglátogatott szolgáltató az akut eseteket a beutaló orvos besorolása alapján tovább kategorizálja (azonnali, 3 órán belüli, aznapi). Így az akut esetek egy – azonnali ellátást nem igénylő – részét is az eredeti előjegyzési időpontok megtartása mellett tudják ellátni az e célra üresen hagyott időpontokban.

A szabad kapacitások kihasználásában a sürgős esetek kezelése miatt felmerülő problémák a korábbi fejezetekben kifejtésre kerültek.

D. ELSŐBBSÉGI ELLÁTÁST IGÉNYLŐ ESETEK KEZELÉSE

Elsőbbségi ellátást igénylőnek nevezik azokat az eseteket, melyek nem igényelnek azonnali ellátást, de az egészségromlás jelentős kockázata vagy a beteg életvitelének jelentős akadályozása miatt meghatározott időtartományon belül ellátandók. Ezeket a betegeket tehát nem sürgős esetként, előjegyzésen kívül látják el, viszont nem is kerülnek az előjegyzési lista végére. Az egyik felkeresett szolgáltató gyakorlata szerint az előjegyzésen kívül, egy másik dokumentumban vezetik az orvosok által jelzett előresorolási igényeket, és amikor lehetőség van rá – például lemondás v. meg nem jelent beteg esetén –, megtörténik a vizsgálat.

E. KIMARADÁSOK, KÉSÉSEK KEZELÉSE

A felmérés kiterjedt arra is, hogy ha egy beteg egyáltalán nem érkezik meg az előjegyzett vizsgálatra, akkor a felszabadult időkeretet hogyan használja ki az intézmény. Ha van ellátandó sürgős beteg, akkor természetesen az ő vizsgálata történik meg. Ha nincs sürgős vizsgálatra váró beteg, akkor az intézmény más betegekkal tölti ki a megüresedett helyet. Az egyik intézményi gyakorlat szerint ilyenkor az előjegyzés szerint soron következő beteg ellátása hamarabb megtörténik. Ez általában megoldható, hiszen a betegek többsége az előjegyzett időpontnál hamarabb megérkezik az intézménybe. Másról a felszabaduló vizsgálati időpontot a kórház saját, osztályos betegeinek kivizsgálásával töltik ki. Mivel ezek a betegek helyben vannak, viszonylag rövid idő alatt meg tudnak érkezni a vizsgálat helyszínére. Egy harmadik gyakorlat szerint az orvosok által kért előresorolásokat (szubakut eseteket) illesztik be a felszabaduló időpontra. (A előresorolási igényeket az előjegyzésen kívül rögzítik.)

Ha a beteg később megérkezik, és a betegforgalom lehetővé teszi, az intézmények aznap elvégzik a vizsgálatot. Ha ez egyáltalán nem oldható meg, akkor új időpontot adnak a betegnek. Egyetlen vizsgált intézmény keresi a beteget (telefonon), abban az esetben, ha az nem érkezik meg a vizsgálatra; ha a beteg igényli, akkor az előjegyzés szerint új időpontot adnak neki.

4. JAVASLAT AZ ELŐJEGYZÉSI KÉRDÉSEK KEZELÉSÉRE

A vizsgálati menetrendet nem lehetséges 100%-os biztonsággal előre megtervezni, mivel a sürgős esetek az előjegyzett betegek ellátását is befolyásolják (késleltetik), illetve előfordulnak olyan esetek, amikor az előjegyzett beteg nem érkezik meg a vizsgálatra. Azaz bizonyos betegek ellátására az előjegyzett időpontnál később kerül sor, mások viszont annál hamarabb sorra kerülhetnek, ha a betegforgalom ezt lehetővé teszi.

Ezért az intézményeknek olyan előjegyzési rendszert kell működtetniük, amely bizonyos fokú rugalmassággal képes kezelni a mindennapi gyakorlatban az előjegyzett ellátási rendtől történő kisebb eltéréseket (sürgős eset érkezése, egy-egy vizsgálati időpont felszabadulása). Ha az előjegyzési időpontok közül naponta néhányat fenntartanak a sürgős esetek számára, az biztosítja a rendszer megfelelő adaptivitását a betegforgalomhoz.

Ugyanakkor arra is törekedni kell, hogy az időközben felszabaduló vizsgálati helyek betöltése során a ne forduljon elő olyan eset, hogy egy látszólag önkényesen kiválasztott „beugró” beteg azonos besorolású, de hosszabb ideje várakozó betegeket előz meg. Bár kerülendő, hogy a felszabaduló időpontokban ne végezzenek ellátást, ha lehetőség lenne rá, azonban az elvárható, hogy az ilyen eseteket előre

lefektetett szabályok szerint kezeljék az egyes szolgáltatók. Elvileg megoldást jelenthetne, ha a felszabaduló helyeken térítéses ellátást végeznének, azonban ez egyrészt nehezíti az ellátások elkülönítését, másrészt visszaélésekre adhat lehetőséget.

Javasolt továbbá a sürgős (tehát a betegfogadási listára fel sem kerülő) és az előjegyzési sor végére kerülő eseteken túl egy vagy több közbenső („elsőbbségi”) kategória megkülönböztetése is. A betegfogadási listák összeállításakor az egészségügyi szolgáltatóknak célszerű lenne az elsőbbségi kategóriába sorolt vizsgálatok számára is elkülöníteni egy keretet (hasonlóan az azonnali ellátást igénylő esetek számára fenntartott helyekhez). Az előző három hónap betegforgalmi adatai alapján tervezhető, hogy mennyi helyet célszerű az elsőbbségi esetek számára fenntartani.

5. ELŐJEGYZÉS TECHNIKAI LEHETŐSÉGEI

A SZOLGÁLTATÓK ÁLTAL ALKALMAZOTT MEGOLDÁSOK

A tanulmány készítésekor vizsgált szolgáltatók előjegyzési gyakorlata sok tekintetben egymáshoz hasonló. Jelen fejezet a tipikus gyakorlat bemutatása mellett, kiemel egy-egy egyedi alkalmazott megoldást is különböző előjegyzési problémákra.

Jellemzőnek mondható gyakorlat az MRI diagnosztikát végző intézményekben, hogy telefonos előjegyzési rendszerrel rendelkeznek, publikus telefonszámmal. Itt csak beutalási jogosultsággal rendelkező telefonálótól érkező kérést jegyezik elő. Előjegyzés nélkül csak sürgősségi betegellátást végeznek el. Technikailag általában papír alapú előjegyzési rendszert vezetnek, amit a recepció kezel, nem orvos kolléga. Átlagosan 20 perces beosztással dolgoznak. A felvett mezők vizsgálatonként: a beteg neve, címe/telefonszáma, TAJ-száma, születési adatai, a beküldő vizsgálati régió, a beteg iránydiagnózisa, a beküldő orvos neve.

Az intézmények azzal indokolják a betegfogadási listák papíralapú vezetését, hogy gyakoriak a változtatási kérelmek, illetve időpontadáskor számos olyan szempontot kell egyszerre figyelembe venni, amire a jelenleg használatos szoftverek nem mindig alkalmasak.

A vizsgált szolgáltatók jelenleg jellemzően közös rendszerben (papíralapú előjegyzési lista) vezetik a térítéses és a közfinanszírozott ellátásban részesülő betegek előjegyzését, a betegek azonos listára kerülnek fel. Ennek oka a térítéses vizsgálatok alacsony száma.

Egy másik gyakorlat szerint a magánbetegeket rendelési időn kívül vagy az ellátási szünetekben (pl. beteg nem jelent meg) látják el, egyedi egyeztetés alapján. Ez némiképp nagyobb fokú rugalmasságot követel a térítéses betegektől, azonban gyorsabb ellátást tesz lehetővé számukra, ami valamennyire a közfinanszírozott ellátásban részesülő betegek gyorsabb ellátásának rovására is történhet (ennek mértéke azonban a vizsgált szolgáltatóknál elhanyagolható a térítéses betegek alacsony száma és a rövid vizsgálati idő miatt).

A beteg vagy orvosa által kezdeményezett időpont-lemondások (jellemzően havi 3-5 darab) kezelésére a következő gyakorlatok fordulnak elő:

- Sürgős beteg veszi igénybe a helyet (pl. helyben, az intézményben található, műtétre váró és ellátásra alkalmas állapotú beteg).
- Behívnak beteget az előjegyzésből, orvosi indikáció alapján.
- Távoli időpontot előjegyzésként kiadnak. Az egész előjegyzés „gördítése” egy lemondott vizsgálat miatt nem gyakorlat.

A várakozási időkre vonatkozóan az ellátások szervezéséért felelős vezetők véleménye, hogy sem a túl hosszú, sem a zéró várakozási idő nem ideális az intézmények szempontjából. A hosszú betegfogadási lista – természetesen amellet, hogy a betegeknek hátrányos – már olyan időszakra igényel előjegyzési időpont-kiadást, amit a szolgáltató jellemzően már finanszírozás szempontjából nem tud megfelelően

tervezni. Mivel így az ellátások számát sem tudja meghatározni, előfordulhat, hogy egy „túltervezett” hónap utolsó napjára előjegyzett betegek ellátása csúszik. A túl rövid várakozási idő viszont nem teszi lehetővé az intézményeknek a kapacitások megfelelő tervezését, az ellátási mennyiségek „simítását”. Az egyik szolgáltató a számukra ideális várakozási időt egy hónapban jelölte meg.

JAVASLAT

Az intézmények által vezetett betegfogadási lista egyaránt lehet papíralapú vagy szoftveres, amennyiben a jogszabályoknak megfelelő. Lényeges azonban, hogy a rendszer megfelelően rugalmas legyen, a beteg adatainak megfelelő rögzítése megtörténhessen, hogy az esetleges változásokról időben értesíthető legyen a beteg, illetve minden esetben visszakövethető legyen az előre/hátrasorolás indoka. A betegfogadási listák esetében jelenleg még nincs külön szabályozás arra, hogy milyen szakmai szabályok befolyásolhatják az ellátás sorrendjét. A várólista-protokollok tartalmi és szabályozási elemei azonban a jövőben átemelhetőek a betegfogadási listák kezelésére is.

Mivel a *szoftveresen vezetett betegfogadási lista* kevesebb lehetőséget ad az utólagos rögzítésből adódó tévedésekre és az emberi mulasztásra, valamint strukturáltabb volta folytán megkönnyíti az összes szükséges adat rögzítését, ez a megoldás tekinthető a legkedvezőbbnek. Amennyiben szoftveres megoldás mellett dönt az intézmény, a szoftver kialakításakor, kiválasztásakor az alábbi szempontokat is érdemes figyelembe venni a szolgáltatóknak:

- a diagnosztikák finanszírozása – a rendszer sajátosságaiból adódóan – 3 hónap csúszásban van,
- a beutaló orvosok utalási gyakorlata, gyakorisága eltérő,
- a beteg egyéni szempontjai is befolyásolják a betegfogadási listát (gondolkodási időt kér, nem ér rá),
- vizsgálat elmaradhat úgy is, hogy arról a szolgáltató előzetesen nem értesül – például beteg meg nem jelenése miatt.

A sürgősségi (akut)¹⁵ és az elsőbbségi (szubakut)¹⁶ betegek ellátására célszerű ugyanakkor „kontingenseket” fenntartani a betegfogadási listában. Ezeken kívül, a szakmai szabályok szerint ütemezett ellátásokat a 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet 13/A. §-ának (6) bekezdése alapján elkülönítetten kell szervezni (ilyenek: gondozott beteg ellátása, visszarendelés-kontroll, szakorvos konzílium, szakértői eljárás keretében elrendelt orvosszakmai szakvélemény kiadásához szükséges szakvizsgálat). A várólistás ellátások esetében fokozottan fontos szempont, hogy az elvégzett ellátásokról pontos regisztráció készüljön, így az utólagos rögzítés sürgősségi esetben is szükséges; viszont az utólagos – pl. 24 órán belüli – rögzítés lehetőségét meg kell adni.

A térítéses és közfinanszírozott ellátás előjegyzéseinek együttes kezelése újabb kérdéseket vet fel. A térítéses vizsgálatokra nem vonatkoznak a kötelezően vezetendő betegfogadási- és járólista-vezetési előírások, és teljes időbeli és/vagy térbeli elkülönítés esetén a kétfajta finanszírozású ellátás előjegyzései akár teljesen is különválaszthatók. Ha azonban az infrastruktúrában átfedés van, közös vagy legalábbis összehangolt előjegyzési rendszerre van szükség. Ilyen esetekben az informatikai rendszerben megkülönböztethetőnek kell lennie a köz- és magánfinanszírozott ellátásokra vonatkozó előjegyzéseknek, még ha egyes nézetekben – pl. az ellátást végző orvos számára készített nézet – ez az információ nem is jelenik meg.

¹⁵ *Azonnali (sürgősségi) ellátást igénylő eset:* az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség.

¹⁶ *Elsőbbségi ellátást igénylő eset:* azonnali (sürgősségi) ellátást nem igénylő, de az egészségromlás jelentős kockázatát magában hordozó vagy a beteg életvitelét jelentős mértékben akadályozó állapot.

II. FÜGGELÉK: A SZERVEZET ÉS MŰKÖDTETÉS SZEMPONTJÁBÓL A SZABAD KAPACITÁSFELHASZNÁLÁS TEKINTETÉBEN RELEVÁNS JOGI SZABÁLYOZÁS

A) önálló költségvetési szervek: a költségvetési szervek jogállásáról és gazdálkodásáról szóló 2008. évi CV. törvény (a továbbiakban: Kszt.) és az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény (a továbbiakban: Áht.) tartalmazzák a vonatkozó szabályok közül a legfontosabbakat. A szabad kapacitások tekintetében ezek közül a következőket kell elsősorban kiemelni:

Kszt.:

4. § (2) Az alapító okirat – az (1) bekezdésben foglaltakon túl – az alábbiak fennállása esetén tartalmazza a költségvetési szerv

b) kiegészítő és vállalkozási tevékenységei arányainak felső határát a szerv kiadásaiban,

7. § (1) E törvény alkalmazásában a költségvetési szerv

d) vállalkozási tevékenysége: az alaptevékenységétől eltérő, rendszeres haszonszerzés céljából, támogatáson kívüli forrásból, más jogi személy vagy természetes személy számára, nem kötelezően végzett termelő-, szolgáltató, értékesítő tevékenység.

(4) A költségvetési szerv kiegészítő és vállalkozási tevékenysége a tisztességtelen piaci magatartás és a versenykorlátozás tilalmáról szóló törvény hatálya alá tartozó gazdasági tevékenységnek minősül.

12. § (1) Az alapító szerv köteles átalakítani vagy megszüntetni a költségvetési szervet, ha

e) az ellátott tevékenységek között a kiegészítő vagy a vállalkozási tevékenység mértéke legalább két éven át túllépi az alapító okiratban meghatározott arányt, és nincs lehetőség vagy indok a költségvetési szerv alaptevékenységének megváltoztatására vagy vállalkozó közintézeti formában való működésre;

16. § (1) E törvény alkalmazásában közszolgáltató költségvetési szerv

c) vállalkozó közintézet: azon költségvetési szerv, amely – az alaptevékenységébe tartozó – egészségügyi, felsőoktatási, tudományos kutatási, fejlesztési vagy művészeti közszolgáltatást külön törvényben meghatározott részletes feltételek alapján úgy végzi, hogy

ca) az Áht.-ben meghatározottan államháztartásból származó bevételből, illetve államháztartáson kívüli eredetű közszolgáltatási és vállalkozási bevételből gazdálkodik,

cb) az adott közszolgáltatást igénybevevők számára biztosított az ellátók közötti szabad vagy részben korlátozott választás lehetősége,

cc) az adott közszolgáltatás igénybevételének pénzügyi fedezetét – a költségvetési szervet vagy a közszolgáltatás-ellátást finanszírozó más szervet megillető – díj-, hozzájárulás, járulék vagy egyéb fizetési kötelezettség teljesítése biztosítja, és

cd) a cc) alpont szerinti bevételeken kívül – pénzben kifejezhető és mérhető teljesítmény szerinti – költség szintű forrásellátást szolgáló normatív jellegű finanszírozásban részesülhet teljesítményterv szerint, vagy az irányító, illetőleg a közszolgáltatás-ellátást finanszírozó szervvel kötött feladatellátási, illetőleg finanszírozási megállapodás alapján;

Áht.

100/H. § (8) A közszolgáltató költségvetési szerv jogosult kiegészítő tevékenység, valamint az alapító okiratban meghatározott arányban kiegészítő és vállalkozási tevékenység folytatására oly módon, hogy ez alaptevékenysége ellátását segítse, illetve ne veszélyeztesse; köteles továbbá állandó erőforrásait folyamatos értékelés alapján úgy meghatározni, hogy az az alaptevékenysége ellátásához, fizetési kötelezettségei teljesítéséhez szükséges mértékű legyen.

100/I. § (3) A vállalkozó közintézet minden esetben, más közszolgáltató költségvetési szerv külön törvényben meghatározott esetben a számvitelről szóló törvény szerinti üzemgazdasági (eredmény)szemléletű könyvvezetésre, illetve beszámolásra is köteles.

B) gazdasági társaságok, gazdálkodó szervezetek: a gazdasági társasági formában működő egészségügyi szolgáltatók tevékenységére elsősorban a gazdasági társaságokról szóló 2006. évi IV. törvény (a továbbiakban Gt.) előírásait kell alkalmazni. A gazdasági társasági működési forma nem jelent korlátozást a szabad kapacitások felhasználása tekintetében. Ha a gazdasági társaság nonprofit formában működik (legyen az közhasznú vagy nem), a következőkre kell tekintettel lenni:

Gt.

4. § (3) Nonprofit gazdasági társaság üzletszerű gazdasági tevékenységet csak kiegészítő jelleggel folytathat, a gazdasági társaság tevékenységéből származó nyereség a tagok (részvényesek) között nem osztható fel, az a gazdasági társaság vagyont gyarapítja.

A közhasznú szervezetekről szóló 1997. évi CLVI. törvény is tilalmazza az eredmény felosztását, de olyan szabályt nem tartalmaz, amely akadályozná kiegészítő vállalkozási tevékenység végzését, így a szabad kapacitások hasznosítását.

C) további előírások:

A legfontosabb rendelkezéseket az Ebtv. tartalmazza:

31. § (1) Az egészségügyi szolgáltatóval kötött finanszírozási szerződésben meg kell határozni

a) a lekötött kapacitáson nyújtandó szolgáltatásokat szakmánkénti bontásban, a területi ellátási kötelezettség és a rendelkezésre állás megjelölésével, ideértve azt is, hogy az adott szolgáltatást saját maga vagy közreműködő egészségügyi szolgáltató igénybevételeivel nyújtja,

b) a tárgyi és személyi feltételek azonosítására szolgáló, a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező hatóság által vezetett nyilvántartás szerinti adatot, valamint a szolgáltatás nyújtásához rendelkezésre álló, a finanszírozás szempontjából meghatározó feltételeket,

35. § (1) Az egészségügyi szolgáltató a finanszírozás keretében kapott összeget más pénzeszközeitől elkülönítetten kezeli. A finanszírozás keretében járó összegnek legfeljebb 10%-a engedményezhető.

(2) Az E. Alapból a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra folyósított összeg nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját (tulajdonos, kezelő) az egyéb jogszabályokban előírt fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól. A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel.

III. FÜGGELÉK: A TÉRÍTÉSES SZOLGÁLTATÁSOKRA VONATKOZÓ TÁJÉKOZTATÁS ÉS REKLÁM SZEMPONTJÁBÓL RELEVÁNS JOGI SZABÁLYOZÁS

Az egészségügyről szóló 1997. évi CIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.)

13. § (9) Az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles a beteget – amennyiben állapota lehetővé teszi – arról tájékoztatni, hogy a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva.

Ebtv:

25. § (1) Az egészségügyi szolgáltató jól látható helyen kifüggeszti a térítési díjak feltüntetésével a szolgáltatónál térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét, továbbá a szolgáltatás megkezdése előtt a biztosítottat tájékoztatja az indokolt és az általa igényelt térítésköteles szolgáltatások díjáról.

Az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 2006. CXVI. törvény (a továbbiakban: Ebftv.)

10. § A Felügyelet honlapjáról elérhetővé teszi

b) a kötelező egészségbiztosítás körében a térítési díj ellenében igénybe vehető egészségbiztosítási szolgáltatásoknak, valamint az egészségügyi szolgáltatók térítés ellenében nyújtott egyéb szolgáltatásainak listáját és a térítési díjakat.

284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról

1. § (1) Az egészségügyi szolgáltató a részleges és teljes térítési díj (a továbbiakban: térítési díj) ellenében igénybe vehető szolgáltatások térítési díját a betegek számára hozzáférhető módon hozza nyilvánosságra.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl a szolgáltatás teljesítése előtt az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről, a teljesítés után pedig a biztosított részére az egészségügyi szolgáltató számlát ad, amely tartalmazza az igénybe vett szolgáltatást és a szolgáltatás(ok)ért fizetendő forintösszeget.

IV. FÜGGELÉK: ELŐJEGYZÉS SZEMPONTJÁBÓL RELEVÁNS JOGI SZABÁLYOZÁS

Az előjegyzés, várakozás tekintetében a váró- és betegfogadási listákra vonatkozó jogszabályi rendelkezések az irányadóak. Ezen szabályok közül a szabad kapacitások felhasználását az alábbiak érintik a leginkább:

Ebtv:

5. § j) központi várólista: a külön jogszabályban meghatározott nagykölttségű ellátások igénybevételére váró betegek jegyzéke, továbbá a szerv, illetve vérsejtképző őssejt átültetésére váró betegek listája (transzplantációs várólista),

k) intézményi várólista: az adott fekvőbeteg ellátó intézményben a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék, amely – a központi várólista alapján igénybe vehető ellátások kivételével – az egészségügyi ellátások meghatározott sorrend szerinti elvégzése érdekében, továbbá tartós kapacitáshiány esetén kerül kialakításra [a j) és k) pont a továbbiakban együtt: várólista],

m) betegfogadási lista: az adott járóbeteg szakellátó intézményben – amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátást – a betegellátás sorrendjét szakrendeléseként, az ellátás igénybevételének időpontjával meghatározó lista.

20. § (1) A finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett szolgáltató

a) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátások elvégzését – amennyiben a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását, figyelemmel a (3) bekezdésben foglaltakra is – a (2) bekezdésben meghatározott esetben intézményi várólista alapján teljesíti,

b) a járóbeteg-szakellátások elvégzését a külön jogszabály szerinti betegfogadási lista alapján teljesíti, és az a) és b) pont szerinti teljesítésről, valamint az azonnali ellátásokról külön jogszabályban meghatározott módon rendszeres jelentést küld az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság részére.

(2) Intézményi várólistát kell kialakítani

a) külön jogszabály szerinti ellátások esetén,

b) az a) pont hatálya alá nem tartozó esetben akkor, ha a biztosított ellátására tartós kapacitáshiány miatt nincs lehetőség.

(3) Amennyiben a kezelőorvos a biztosított részére várólista alapján nyújtható egészségügyi ellátásokról szóló jogszabály által nevesített ellátást rendel, a biztosított az ellátásra a várólistára történő felkerülés időpontja szerint jogosult. Ettől eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, továbbá az ellátás várható eredménye alapján lehet. Az eltérés lehetőségének szakmai szabályait az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletben szabályozza.

20/A. § (1) A várólista az adott egészségügyi ellátásra besorolt biztosítottak legfontosabb személyazonosító adatait (családi és utónév, anyja neve, nem, születési év, lakóhely, társadalombiztosítási azonosító jel), az ellátásra való jogosultság sorrendjét, valamint az ellátás várható, illetve – amint ismertté válik – pontosan meghatározott időpontját tartalmazza. A biztosítottak egyéb adatait az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. A várólistán szereplő adatokat és a biztosítottak egyéb adatait az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelésére vonatkozó jogszabályokban meghatározott rendelkezések szerint kell kezelni. Várólista vezetésére az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság által külön jogszabályban meghatározott módon minősített szoftvert kell alkalmazni.

Eütv:

3. § i) sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne;

A várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet

2. § E rendelet alkalmazásában

f) azonnali ellátást igénylő eset: az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség.

13/C. § Az intézményi várólista, illetve a betegfogadási lista vezetése tekintetében az azonnali ellátás nyújtásának indokoltságáról a külön jogszabály szerinti szempontok figyelembevételével

a) a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást végző egészségügyi szolgáltató esetében a beteg kezelőorvosa,

b) járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató vonatkozásában

ba) beutaló alapján nyújtott ellátás igénybevételekor a háziorvos javaslatára az adott szakrendelés orvosa

bb) beutalót nem igénylő esetben az adott szakrendelés orvosa

dönt. A döntést és annak indokát az adott beteg egészségügyi dokumentációjában rögzíteni kell.

13/D. § (1) A 13. § (5) bekezdése szerinti intézményi várólista vezetés kötelezettsége nem érinti a fekvőbeteg-ellátó intézménynek azt a jogosultságát, hogy – a kötelezően vezetendő intézményi várólista vezetésével nem érintett – egészségügyi szolgáltatást az általa meghatározott módon, az ütemezett betegellátási rendszerben nyújtsa. Amennyiben a fekvőbeteg-ellátó intézmény ez esetben is intézményi várólistát vezet, akkor erre az intézményi várólistára vonatkozó szabályokat kell értelemszerűen alkalmazni.