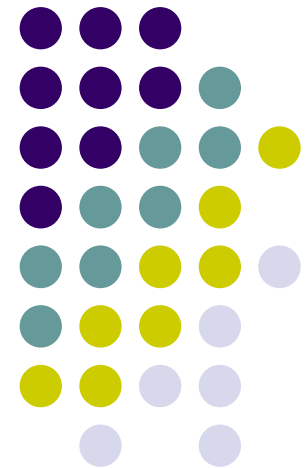


Az egészségügyi rendszerek jellemzői

dr. Pulay Gyula előadása
Rezidens képzés 2011. I. 26.



Az egészségügyi rendszer fogalma



- Minden tevékenység, amelynek a célja az egészségi állapot
 - Megőrzése,
 - Helyreállítása,
 - Stabilizálása
- Egészségügy alrendszerei:
 - Népegészségügy
 - Megelőző ellátások
 - Egészségügyi alap- és szakellátás)
 - Egyéb

Az egészségügyi szektor fogalma



- Egészségügyi rendszer
- Gyógyszergyártás
- Gyógyszer-nagykereskedelem
- Gyógyászati segédeszközök gyártása és forgalmazása
- Keresőképtelenséggel összefüggő pénzügyi, biztosítói támogatások

Egészségügyi rendszerek alapvető kellékei



- Feltételek megteremtése
 - beruházás: épületek, eszközök, szakemberek
 - működtetéshez források allokálása (finanszírozás)
 - forrásteremtés
 - források szétosztása
- Tulajdonviszonyok
- Egészségügy irányítása

Az egészségügyi rendszer alapkérdései



- Állami feladat-e gondoskodni a lakosság egészségügyi ellátásról?
- Ki a felelős az egészségügyi ellátásért?
- Ki nyújtja a szolgáltatást?
- Ki finanszírozza?
- Ki jogosult az egészségügyi közszolgáltatásra?



A gyógyító-megelőző ellátások rendszere

Preventív szolgálatok

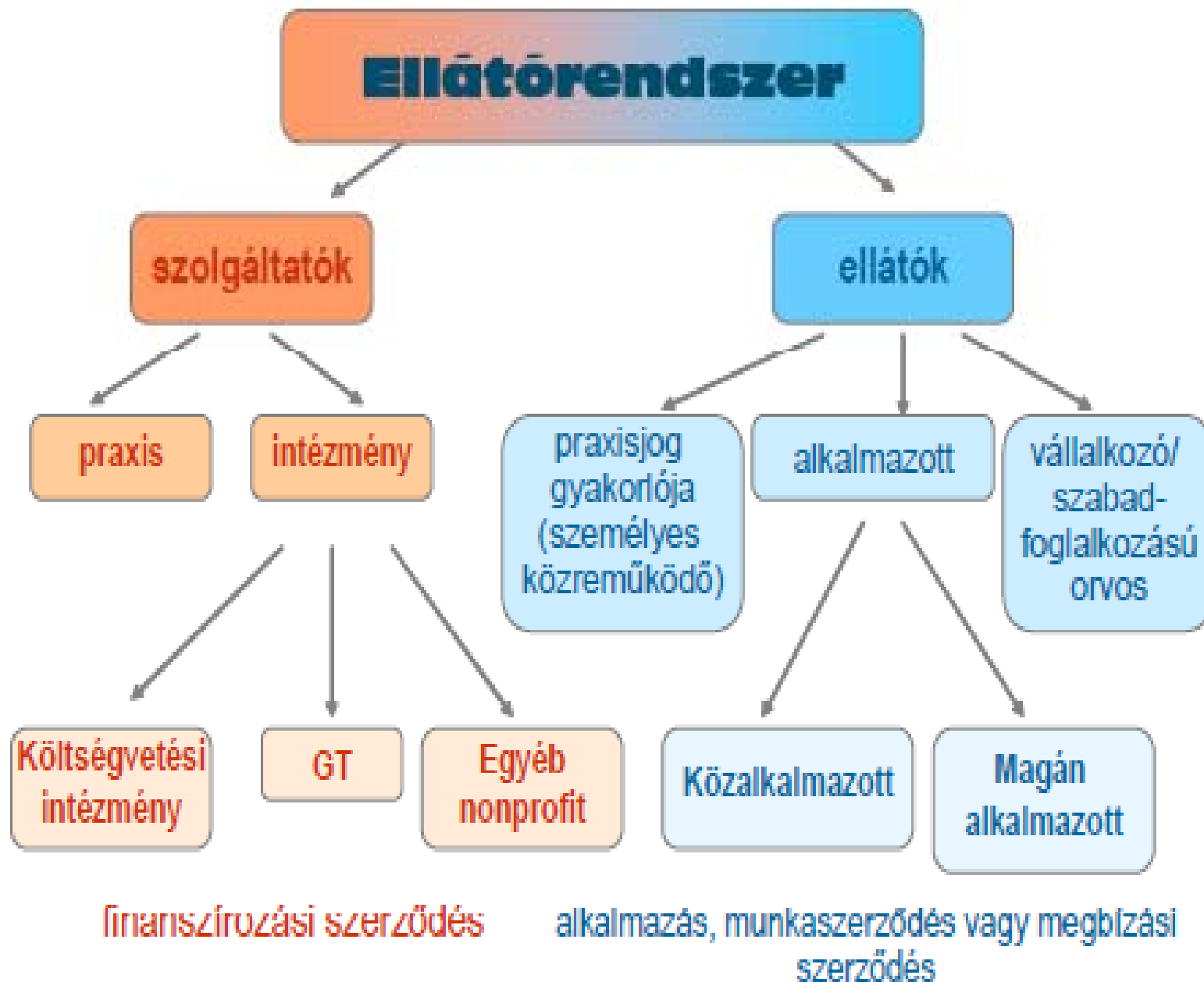
- ▶ védőnői szolgálat
- ▶ szakgondozó hálózatok egyes feladatai
- ▶ foglalkozás-egészségügy
- ▶ ifjúság-egészségügy

Állami egészségügyi szolgálatok

- ▶ Országos Mentőszolgálat
- ▶ Országos Vérellátó Szolgálat

Egészségügyi szolgáltatási rendszer

- ▶ alapellátás
- ▶ járóbeteg szakellátás
- ▶ szakgondozók
- ▶ diagnosztikai szolgáltatások
- ▶ egynapos sebészeti centrumok
- ▶ házi szakápolás
- ▶ aktív fekvőbeteg-ellátás
- ▶ krónikus fekvőbeteg-ellátás
- ▶ rehabilitációs intézmények
- ▶ szanatóriumok



A „praxis orvos” és a szabadfoglalkozású orvos

- ▶ Praxis orvos:
 - ▶ a rábízott feladat egészéért felelős (beleértve a szakszemélyzet szervezését, irányítását is),
 - ▶ a beteg kezelésének egészéért felelős,
 - ▶ egy főmunkahelye lehet.
- ▶ Szabadfoglalkozású orvos:
 - ▶ csak az általa végzett szakorvosi tevékenységért felelős,
 - ▶ több szolgáltatóval is köthet szerződést.

Forrásteremtés, finanszírozás



- A forrásteremtés lehetőségei:
 - Adók,
 - Járulékok,
 - Az ellátottak közvetlen befizetései
- A finanszírozás lehet
 - Egycsatornás,
 - Többcsatornás (központi költségvetés, önkormányzati költségvetés, társadalombiztosítás)

Bismarcki rendszer



- **Kötelező biztosítás**
 - jövedelem mértéke szerint
- **Magán (üzleti) biztosítás**
 - bizonyos jövedelemszint felett
- **Alkalmanként fizetés**
 - korábban nem volt jellemző, most bővül
- **Szolidaritás**
 - majdnem teljes körű
- **Méltányosság (equity)**
 - érvényesül
- **Forrásteremtés formája**
 - járulék
- **Szolgáltatók tulajdonosi rendszere**
 - vegyes



Beveridge-modell

- **Kötelező egészségügyi ellátás**
 - állampolgári jogon
- **Magán (üzleti) biztosítás**
 - felsőbb társadalmi csoportok számára
- **Alkalmanként fizetés**
 - marginális
- **Szolidaritás**
 - teljes körű
- **Méltányosság**
 - érvényesül
- **Forrásteremtés formája**
 - adó
- **Szolgáltatók tulajdonosi rendszere**
 - vegyes



Francia vegyes rendszer

- **Kötelező biztosítás**
 - lakosság túlnyomó része
- **Magán (üzleti) biztosítás**
 - jelentős
- **Alkalmanként fizetés**
 - marginális
- **Szolidaritás**
 - majdnem teljes körű
- **Méltányosság**
 - Széles körben érvényesül
- **Forrásteremtés formája**
 - járulék + kiegészítő biztosítás díja
- **Szolgáltatók tulajdonosi rendszere**
 - vegyes

Amerikai rendszer



- **Kötelező biztosítás**
 - Csak 65 év felett + szegények ellátása állampolgári jogon
- **Magán (üzleti) biztosítás**
 - jelentős, munkaadók szervezik
- **Alkalmanként fizetés**
 - jelentős, főként gyógyszer
- **Szolidaritás**
 - minimális
- **Méltányosság**
 - sérül
- **Forrásteremtés formája**
 - magánbiztosítási díj + adók
- **Szolgáltatók tulajdonosi rendszere**
 - vegyes



Adóalapú rendszerek

- Centralizált: Egyesült Királyság, Írország
- Decentralizált (az ellátás megszervezése és finanszírozása régiós, tartományi feladat): Finnország, Svédország, Norvégia, Dánia, Portugália, Spanyolország, Olaszország
- Magas a magánkiadás aránya (30% felett:)
 - Görögország, Portugália, Olaszország

Társadalombiztosítás Európában



- Döntően járulékból finanszírozott:
 - Németország, Hollandia, Luxembourg, Franciaország, Csehország, Szlovákia, Magyarország, Szlovénia, Horvátország, Észtország, Románia
- Markánsan járulékból finanszírozott:
 - Belgium, Svájc

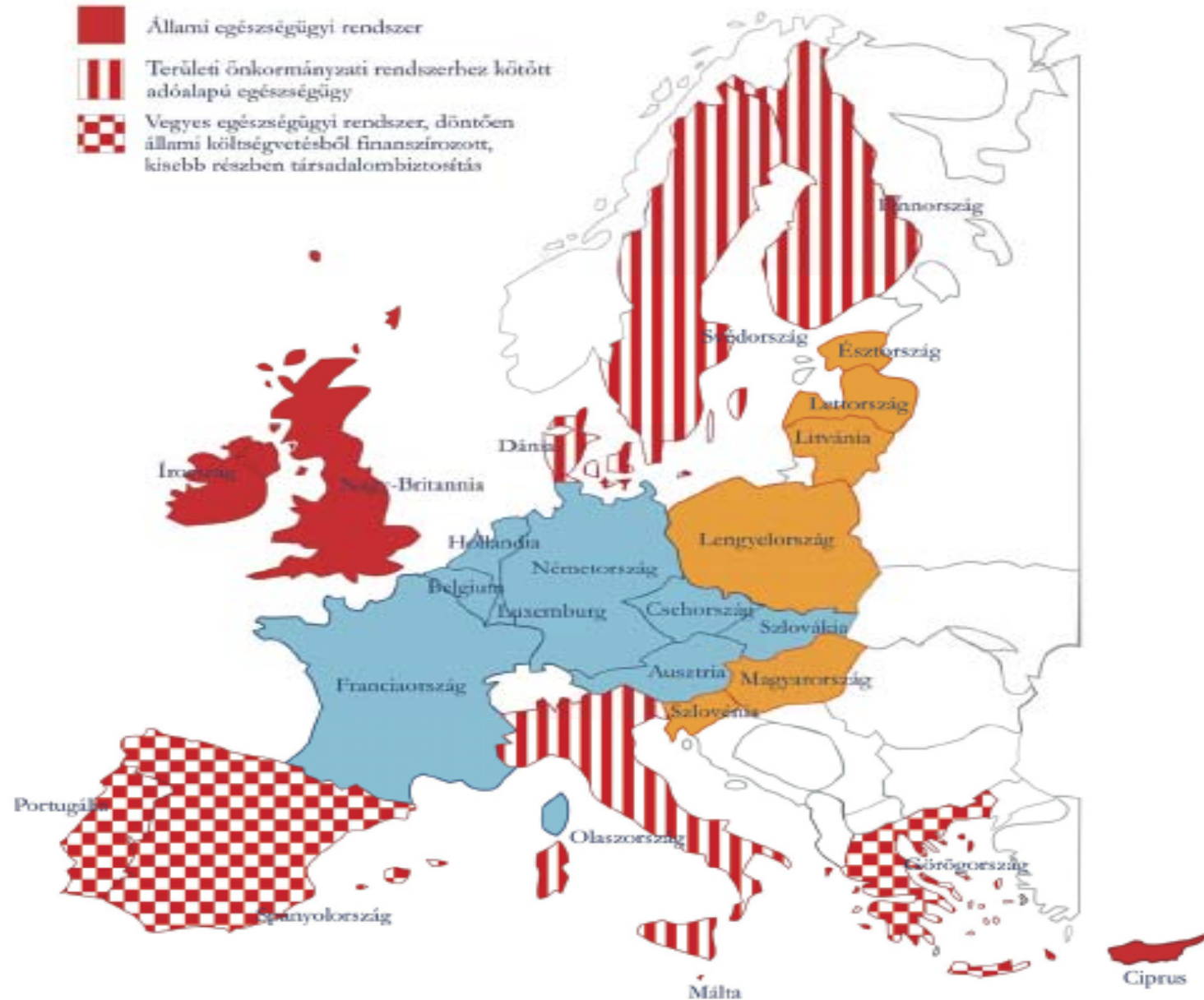
Több biztosítós egészségügyi rendszer

Egy biztosítós egészségügyi rendszer




Állami egészségügyi rendszer

Területi önkormányzati rendszerhez kötött adóalapú egészségügy

Vegyes egészségügyi rendszer, döntően állami költségvetésből finanszírozott, kisebb részben társadalombiztosítás



A társadalombiztosítási rendszerek az EU tagállamokban

-  Egy biztosítós egészségügyi rendszer
-  Több biztosítós egészségügyi rendszer, nincs választási szabadság a biztosítók között
-  Több biztosítós egészségügyi rendszer, a biztosítók közötti teljesen szabad választással



Készítette:  Egészségügy
Társadalombiztosítás
Közfelvilágosítás



A rendszerek közeledése I.

- Közeledés a bismarcki és a beveredge-i típusú rendszerek között:
- A bismarcki rendszereknél hagyományosan nehéz a kiadások korlátozása, az egyenlőség megvalósítása, de több, az igényeknek jobban megfelelő szolgáltatást nyújtanak. A reformok iránya: pénztárak közötti kockázatközösség, a nem biztosítottakról való gondoskodás, finanszírozási korlátozások, ésszerűsítések.

A rendszerek közeledése II.



- A beveredge-i típusú rendszerek jobban uralják a kiadásokat, de a választási lehetőségek korlátozottak, és várakozásra kényszerítettek. A reformok iránya: a merevség enyhül, piaci eljárásokat vezetnek be.
- A reformok állandósultak. A reformok három-négy évenként követik egymást.

Egészségügyi szabályozás az Európai Unióban



- Minden ország maga választhatja meg egészségügyi rendszerét, az EU nem avatkozhat be ebbe a választásba.
- Az egészségügyi ellátás megszervezése, finanszírozása szintén nemzeti hatáskör, de egy laza koordinációs mechanizmus működik.
- Az EU-nak a közegészségügy terén jelentkező közös biztonsági kockázatok kezelése tekintetében van hatásköre. **Kidolgoztak egy közösségi szintű népegészségügyi politikát is.**

Egészségbiztosítás Magyarországon I.



- A II. világháborúig a bismarcki modellt követte
- 1891-ben fogadták el az első betegbiztosítási törvényt
- A betegbiztosítás fokozatosan terjedt ki az egyes ágazatokra, de még 1940-ben is csak az aktív keresők 21,5 százaléka volt biztosított

Egészségbiztosítás Magyarországon II.



- 1951-ben összevonták az ágazati biztosítókat, és üzemeltetését az egységesített szakszervezeti apparátusra bízták.
- SZTK=Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ
- A társadalombiztosítás fokozatos kiterjesztése, állampolgári joggá válása
- 1972-től az egészségügyi ellátás állami feladat: a központi költségvetés finanszírozza

Egészségbiztosítás Magyarországon III.



- 1990-től az egészségügyi ellátás finanszírozása ismét a társadalombiztosítás részévé válik
- 1993-től önálló Egészségbiztosítási Alap és Országos Egészségbiztosítási Pénztár
- Kezdetben önkormányzati irányítás, majd ismét állami irányítás

A magyar egészségbiztosítás fő vonásai I.



- Minden aktív keresőre kiterjedő járulékfizetési kötelezettség
- Mind a munkáltató, mind a munkavállaló fizeti a járulékot
- A nyugdíjasok, munkanélküliek, szociális ellátásban és családi pótlékban részesülők, szociálisan rászorulóak stb. után központilag történik a járulékfizetés
- A nem rászoruló eltartottak után a családnak kell járulékot fizetni

A magyar egészségbiztosítás fő vonásai II.



- A szolidaritás és a méltányosság széles körben érvényesül
- Szolgáltatások:
 - természetbeni egészségügyi ellátás
 - gyógyszer, gyógyászati segédeszköz
 - táppénz, baleseti táppénz
- Egy biztosító
- Szektor-semleges finanszírozás

Többszereplős egészségügyi rendszer



- Önkormányzatok: a területalapú egészségügyi ellátás fenntartói (területi ellátási kötelezettség)
- Állam (kormányzat): szabályozó, az országos intézmények fenntartója
- Egészségbiztosítási Alap: a működési költségek finanszírozója
- Egészségügyi szolgáltatók (vállalkozások, non-profit szervezetek, önkormányzati, ill. állami költségvetési szervek)

Az egészségügyi rendszer szereplői



egészségügyi ellátásért,
egészségbiztosításért felelős
minisztérium

ÁNTSZ,
megyei
népegészségügyi
szakigazgatási
szervek

ELLÁTÓ RENDSZER
Klinikák, országos intézetek,
kórházak, szakkórházak,
szakrendelők, háziorvosok

egészségbiztosítási
szervek

önkormányzatok

Egészségügyi rendszer irányítása



- Országgyűlés
- Kormány
- Egészségügyért felelős minisztérium
- ÁNTSZ, egyéb egészségügyi hatóságok
- Önkormányzatok
- Nemzeti Egészségügyi Tanács
- Regionális egészségügyi fejlesztési tanácsok

Az ÁNTSZ és a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek 1.



- **Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat**
 - Országos Tisztiorvosi Hivatal (OTH), vezetője az országos tiszti főorvos
 - országos intézetek
- **megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek (a fővárosi és a megyei kormányhivatalok szakigazgatási szerveként működnek)**
 - Kistérségi népegészségügyi intézetek

Az ÁNTSZ és a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek 2.



- A megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek szakmai irányítását az országos tiszti főorvos látja el, e jogkörében normatív utasítást adhat ki.
- Főszabályként a kistérségi népegészségügyi intézetek az egészségügyi állami szervek, de a kormányrendelet számos jogkört az OTH-hoz, illetve a megyei szakigazgatási szervhez telepít.
- Az OTH részt vesz az országos népegészségügyi programok kidolgozásában és irányítja, szervezi, koordinálja a programok végrehajtásának területi és helyi feladatait.
- Az OTH koordinálja az egészségügyi ellátás feletti szakfelügyeletet.

Országos intézetek



- 1. Országos Alapellátási Intézet (OALI), Budapest
- 2. Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI), Budapest
- 3. Országos Epidemiológiai Központ (OEK), Budapest
- 4. Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI), Budapest
- 5. Országos „Frederic Joliot Curie” Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet (OSSKI), Budapest
- 6. Országos Kémiai Biztonsági Intézet (OKBI), Budapest
- 7. Országos Környezetegészségügyi Intézet (OKI), Budapest
- 8. Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSzMK), Budapest
- 9. Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI)

Egészségbiztosítási szervek



- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OÉP)
- a fővárosi és megyei kormányhivatalok egészségbiztosítási pénztári feladatokat ellátó szakigazgatási szervei (egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerv).
- Az OEP főigazgatója az egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerveknek a szakmai irányítója.
- Az OEP a hatáskörébe tartozó feladatokat az ország egész területére kiterjedő illetékességgel látja el. Az OEP alapító okiratban meghatározott egyes feladatait az alapító okirat szerinti területi kihelyezett szervezeti egységei útján látja el.
- Az egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerv által hozott hatósági döntés elleni fellebbezést az OEP bírálja el.
- Az OEP kezeli az Egészségbiztosítási Alapot

Az egészségügyi alap- és szakellátás rendszere



Egészségügyi ellátások rendszere

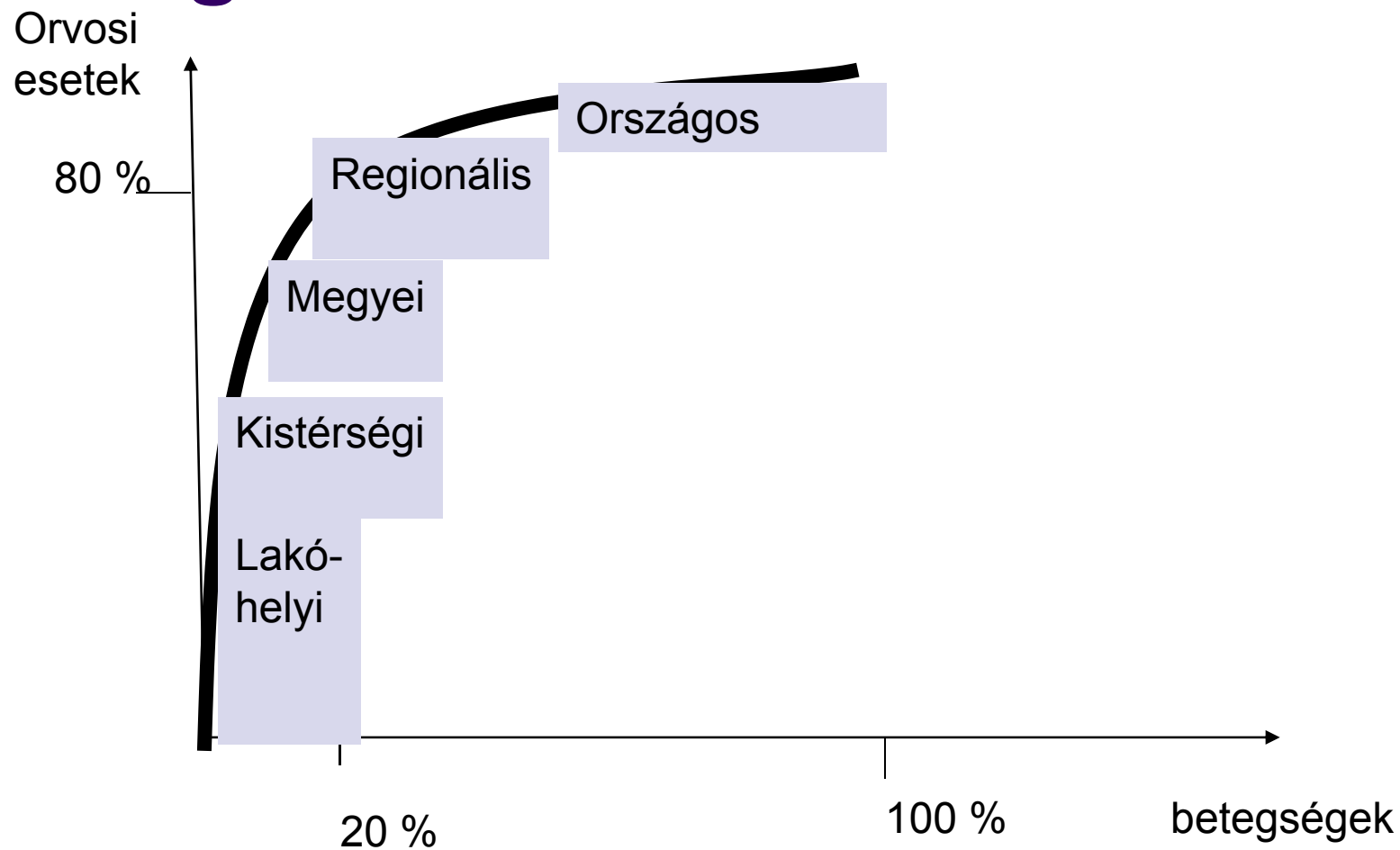


- Progresszív ellátás (differenciált, fokozatos)
- Megelőző ellátások (pl. szűrővizsgálatok, anya- és csecsemővédelem)
- Egészségügyi ellátórendszer (alap-, járó-, fekvőbeteg-ellátás)
- Egyéb egészségügyi ellátások (pl. ügyeleti ellátás, mentés, betegszállítás, ápolás)

20-80 szabály



Progresszív ellátás



A magyar eü-i ellátás néhány jellemzője OECD összehasonlításban (2006) I.



Jellemző	OECD átlag	Magyar adat
GDP/fő	30 140	17 484
Várható élettartam 2008	79,4	73,8
Rák okozta mortalitás	227/100000	346/100000
Agyvérzés okozta mortalitás	54/100000	108/100000

A magyar eü-i ellátás néhány jellemzője OECD összehasonlításban (2008) II.



Jellemző	OECD átlag	Magyar adat
Orvoshoz fordulás/ fő	6,8	12,6
Orvoshoz fordulás/ orvos	2511	4245
Praktizáló orvos/ 1000 fő	3,2	3,1
Praktizáló ápoló/ 1000 fő	9,0	6,2

A magyar eü-i ellátás néhány jellemzője OECD összehasonlításban (2008) III.



Jellemző	OECD átlag	Magyar adat
Aktív kórházi ágyak/ 1000 fő	3,6	4,1
Aktív kórházi ágyak kihasználtsága	75 %	76 %
MRI/millió fő	12,6	2,8
CT/ millió fő	23,8	7,1

Magánbiztosítás - társadalombiztosítás



- A sajátos kockázatok miatt az állam beavatkozik a biztosításba
 - Kötelezővé tétel (egyes csoportokra, adott jövedelemre)
 - Újra-elosztási funkciók (nem biztosítható kockázatok, magas kockázatúak tehermentesítése, eltartottak bevonása)
 - Közösségi díjszabás (community rating)
 - Kizárás szabályozása

A társadalombiztosítás jellemzői



- Kötelező a társadalom döntő többségére
- Jövedelemfüggő járulékok egységes vagy változó mértékkel
- Megosztva vagy egységesen fizeti a munkáltató, munkavállaló vagy más szervezet
- Egy alapban vagy többszörös alapokban kezelik
- Az alaphoz tartozás elrendelt vagy választható
- A járulék megfizetése függhet alsó vagy felső jövedelemhatártól



TB járulék jellemzők

- Kötelezőek és nem rizikófüggők
- Az állami költségvetéstől általában külön kezelik
- Gyűjtheti állam vagy harmadik fél (biztosító)
- Jövedelem százalékában meghatározottak
 - elvileg jövedelemre vetítve egységes a százalékérték, de lehet jövedelemfüggő is
 - országosan egységes mérték: Magyarország, Hollandia
 - biztosító függő: Németország
 - foglalkozás függő: Ausztria



TB járulék jellemzők

- Mértékét megállapíthatja:
 - jogszabály: Magyarország, Franciaország, Hollandia
 - biztosítók szövetsége: Luxembourg
 - egyes biztosítók külön is: Németország
- Felső és alsó jövedelemhatár megállapított:
 - Ausztria, Németország, Luxembourg
- Általában a munkáltatók és munkavállalók is fizetnek járulékot, ennek belső arányai országonként és időben is változnak

Társadalombiztosítás további jellemzői



- Jogosultság:
 - járulékfizetésen alapul (Németország)
 - állampolgárságon, letelepedésen alapul (Magyarország, Franciaország)
 - a keresők járulékot fizetnek, de
 - járulékot nem fizetők helyett fizet
 - az állam (adókból direkt támogatás vagy szociálpolitika),
 - szülő vagy
 - valamilyen alap (pl. munkanélküli, nyugdíj)
- Lehet önkéntes befizetésekkel is jogosultságot szerezni

Önkéntes egészségbiztosítás I.



- Az egyén szuverén döntésén alapul!
- Az EU-ban kevesebb, mint 10%-a az összes egészségügyi kiadásoknak
 - kivéve: Franciaország (12,2%), Hollandia (17,7%)
 - 5% alatti pl.: Belgium, Dánia, Finnország, UK, Görögország, Luxembourg, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svédország és Magyarország
- Németországban 3375 Euró/hó felett választható
 - négyből egy választja!

Önkéntes egészségbiztosítás

II.



- Fedezi a szolgáltatások meghatározott körét
 - az alapbiztosítást
 - a társadalmi vagy állami rendszerekből kizárt szolgáltatásokat és ezeket
 - teljes körűen vagy
 - részlegesen finanszírozza

Önkéntes egészségbiztosítás III.



- Lehet helyettesítő és kiegészítő
- For-profit vagy non-profit
- Az egyén vagy a munkáltatója fizeti
- Rizikófüggő, csoportfüggő, közösségfüggő

Egészségbiztosítási piac Magyarországon



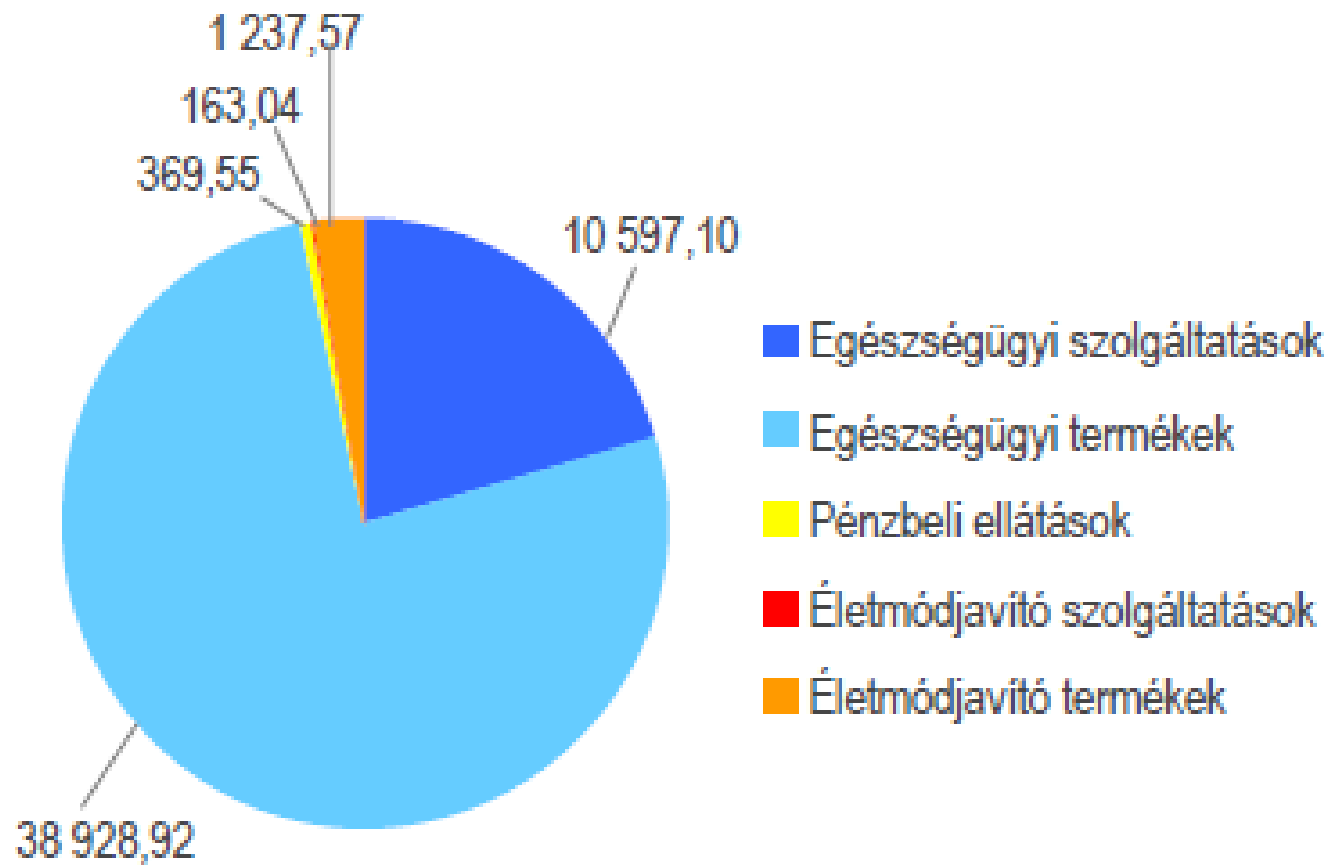
- Üzleti biztosítók
 - Elsősorban készpénz-ellátást adnak betegség esetére
 - Néhány biztosító finanszíroz magán-ellátást
- Kölcsönös egészségbiztosító-pénztárak
 - Prevenció,
 - Egészséges-életmód, wellness
 - Készpénz-ellátás

A kiegészítő biztosítás elvi lehetőségei

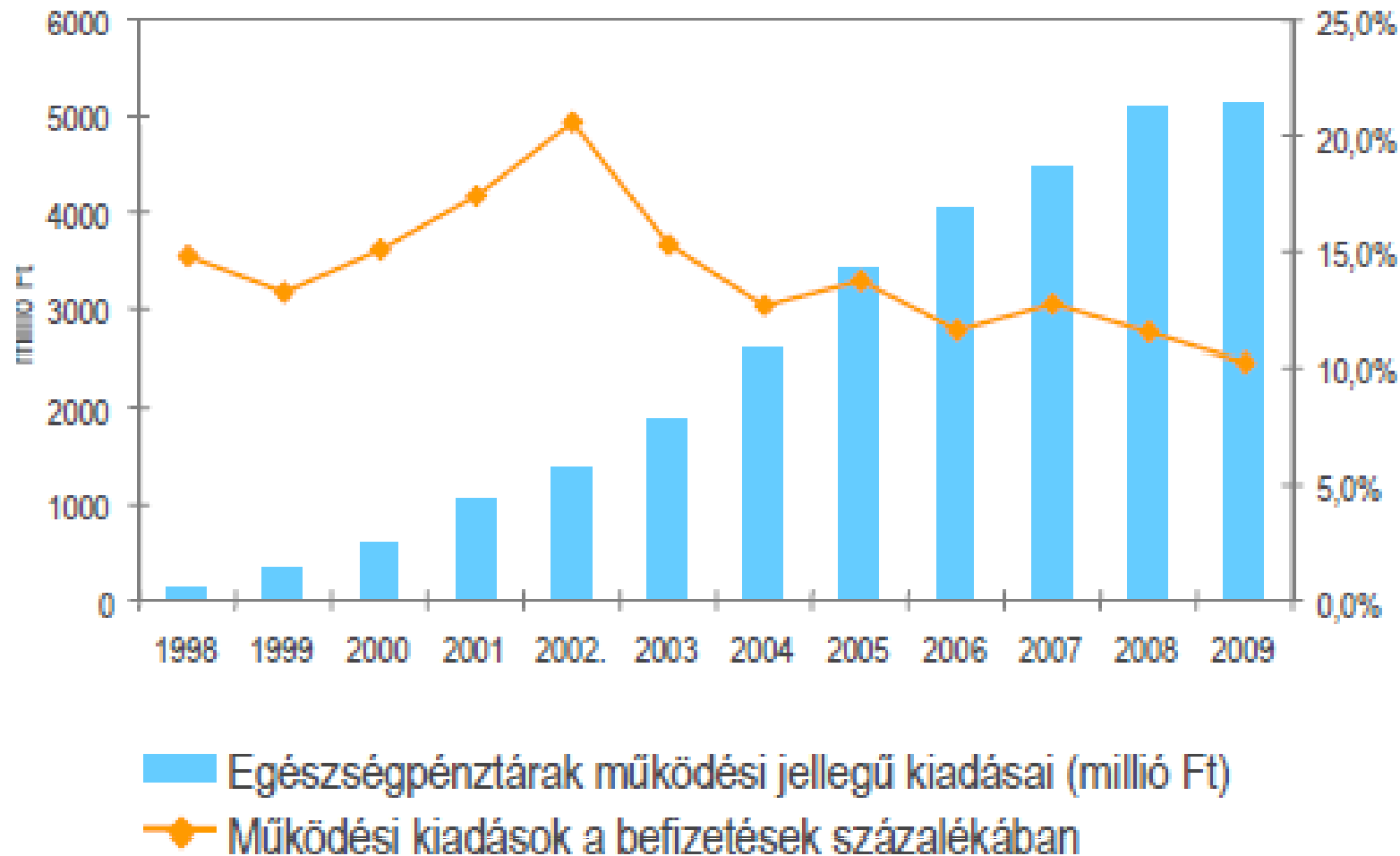


- Helyettesítő biztosítás: „elismert pénztárok”
- Kiegészítő biztosítás
 - Co-payment térítés
 - Minőségi ellátás (külön szoba)
- Új kockázatok
 - Veszélyes sportok
 - Ápolásbiztosítás

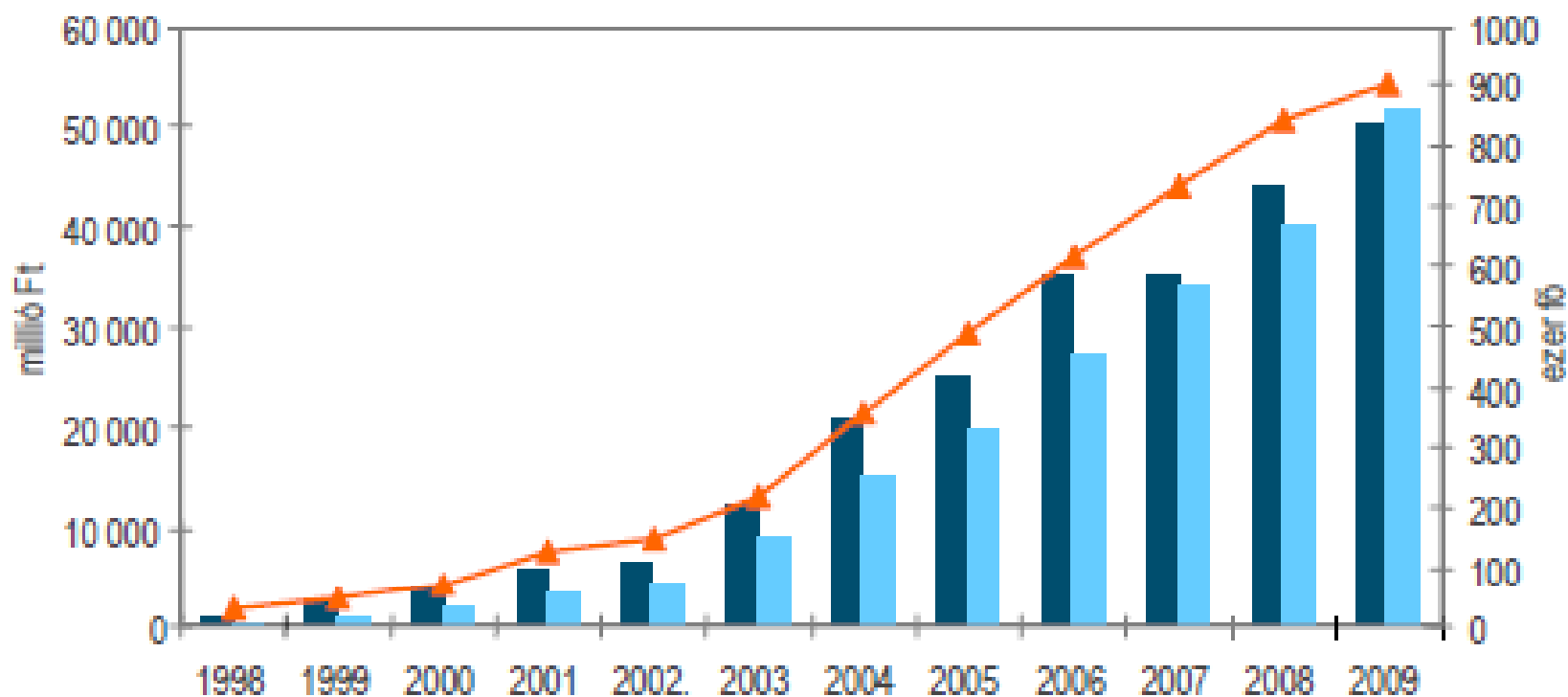
Egészségpénztárak kiadásai, 2009 (millió Ft)



Az egészségpénztárak működési kiadásainak alakulása



Az egészségpénztárak gazdálkodási adatainak alakulása



- Befizetések összesen (millió Ft)
- Szolgáltatások kiadásai (millió Ft)
- ▲ Egészségpénztárak taglétszáma (ezer fő)