

# A Homogén Betegségcsoportok és a hozzá kapcsolódó finanszírozási rendszer elmúlt 25 éve

Babarczy Balázs<sup>1</sup> ■ Gyenes Péter<sup>1</sup> ■ Imre László dr.<sup>2</sup>

Állami Egészségügyi Ellátó Központ, <sup>1</sup>Központi Adattárház és Elemzési Főosztály,

<sup>2</sup>Egészségpolitikai Főosztály, Budapest

Magyarországon hosszas előkészítés után, 1993-ban vezették be az egészségügy finanszírozásának új rendszerét, amelynek egyik központi eleme a Homogén Betegségcsoportok elvén nyugvó módszer volt az aktív fekvőbeteg-ellátás tekintetében. A módszer egy átfogó rendszermodellbe illeszkedett, amelyet a Gyógyinfok szakemberei dolgoztak ki és publikáltak a rendszerváltás környékén. A végül bevezetett rendszer sokban tükrözte ezt az elméleti modellt, mai változata ugyanakkor több jelentős ponton is eltér attól. A cikk célja ezen eltérési pontok azonosítása. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(29), 1155–1164.

**Kulcsszavak:** finanszírozási rendszer, egészségpolitikai célok, Homogén Betegségcsoportok

## 25 years of the DRG-based health-financing system in Hungary

After a thorough development phase, a new system of health financing was introduced in Hungary in 1993. One of the cornerstones of the system was the financing of acute hospital care through Diagnosis-Related Groups (DRGs). This method was part of a comprehensive healthcare model, elaborated and published around 1990 by experts of Gyógyinfok, a public institute. The health financing system that was finally introduced reflected in large part this theoretical model, while the current Hungarian system differs from it in some important respects. The objective of this article is to identify these points of divergence.

**Keywords:** health financing system, health policy goals, Diagnosis-Related Groups

*Babarczy, B., Gyenes, P., Imre, L.* [25 years of the DRG-based health-financing system in Hungary]. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(29), 1155–1164.

(Beérkezett: 2015. április 16.; elfogadva: 2015. május 14.)

### Rövidítések

DRG = (Diagnosis-Related Groups) diagnózisalapú besorolás – a Homogén Betegségcsoportok angol megfelelője; Gyógyinfok = Gyógyító Ellátás Információs Központja; HBCs = Homogén Betegségcsoportok; IBR = Irányított Betegellátási Rendszer; OT = Országos Tervhivatal; TEK = területi ellátási kötelezettség; TVK = teljesítményvolumen-korlát, illetve teljesítményvolumen-keret

A költségek folyamatos növekedése, a hatékonyabb ellátás biztosításának igénye az 1990-es évek elején az egészségügyi ellátás rendszerének alapvető átgondolására

készítette a döntéshozókat. Több nyugat-európai országban is reformokra került sor, a kelet-európai régióban lezajlott rendszerváltás pedig értelemszerűen az egészségügy területén is változásokhoz vezetett. A reformokban megjelenő fő irányvonal számos országban, köztük Magyarországon is, a piaci mechanizmusok irányába mutatott.

A reformok kidolgozása hazánkban már az 1980-as évek második felében megkezdődött: a változások egyik legmeghatározóbb eleme a járó- és fekvőbeteg-szakellátás finanszírozásának 1993-ra megvalósult átfogó átalakítása volt. Ez fordulópontot jelentett a hazai egészség-

ügy történetében, és új alapokra helyezte annak működését. Létrejött egy, az akkori standardokhoz viszonyítottan rendkívül korszerű, egészségügyi rendszermodell.

Cikkünkben azt kívánjuk megvizsgálni, hogy melyek voltak az átalakulás időszakában az egészségpolitika legfőbb feltevései és céljai, milyen elképzelések mentén alakította ki azokat az ösztönző mechanizmusokat, amelyek jó részét ma is ismerjük. Célunk továbbá annak feltárása is, hogy az akkor kialakított rendszer ma működő elemei mennyiben illeszkednek az eredeti koncepcióba, mely esetekben alakult át a működési mechanizmusuk, illetve milyen mértékben szolgálnak ma már, változatlan formájukban is, megváltozott célokat. Át kívánjuk tekinteni a rendszerváltás idején létező, illetve akkor bevezetni tervezett rendszerelemeket és az azoktól remélt hatásokat, és szeretnénk megvizsgálni, hogy ezek hogyan változtak az elmúlt több mint húsz év során.

Ugyanannak a rendszernek egy módosított változatával állunk-e ma szemben, amelyet 1993-ban a „tervezett piac” névvel illettek, avagy egy új rendszerrel, amely csak bizonyos elemeiben azonos a korábbival? Továbbá, amennyiben egységes szemléletűnek feltételezzük a rendszerváltás után kialakult egészségügyet: hasonlóan egységes elveken nyugszik-e a mai rendszer is, vagy a különböző reformok különböző, nehezen összeillő elemekkel egészítették ki azt?

Cikkünkben a fekvőbeteg-finanszírozási reform történetét és hatásait elemezzük. A következő bekezdések az 1993-as reform előtti állapotot mutatják be, majd a régióban és a nyugat-európai országokban zajló változtatásokról írunk röviden. Ezt követi a magyarországi változtatásokkal szemben támasztott elvárások leírása, majd az ezekhez kapcsolódó konkrét lépések és azok későbbi sorsának leírása. Végezetül áttekintjük, mindezek milyen változást jeleznek a piaci mechanizmushoz való viszonyulás terén.

Munkánk során először *Bordás István*, a Gyógyinfok 2007-ben elhunyt nagy hatású vezető munkatársának bibliográfiáját dolgoztuk fel, majd a rendszerváltás környékén az egészségügyben jelentős szerepet játszó személyiségekkel folytatott beszélgetések során pontosítottuk ismereteinket. Interjúalanyainknak: *dr. Gyórfi Istvánnak*, *dr. Jávor Andrásnak*, *dr. Nagy Júliának* és *Perényi Lászlónak* ezúton is szeretnénk köszönetet mondani ránk szánt idejükért és segítségükért.

## A reformok kiinduló állapota

Az egészségügy állapotát 1993-ban elsősorban a szocializmus öröksége, másodsorban a rendszerváltást követő első átalakítások határozták meg. A reformtervezetek kidolgozásakor ez jelentette a kiindulópontot.

A szocializmus alatt az egészségügyi ellátás elméletileg társadalombiztosítási alapokon nyugodott, *de facto* azonban a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény alanyi jogon és ingyenesen biztosította minden

magyar állampolgár számára az ellátást. A szolgáltatók finanszírozása bázisra, a tanácsrendszer közvetítésével, a központi költségvetésből történt. Az állami tulajdon döntő mértékű volt, a beruházásokat az Országos Tervhivatal (OT) felügyelte, az orvosok pedig közalkalmazásban álltak [1]. Az ellátók teljesítményének központi mérésére, kapacitásainak az elvégzett munka mennyiségéhez rendelésére az egészségpolitikának nem voltak eszközei. A gazdaságra átfogóan jellemző hiánygazdálkodás következményeként az állami forrásokat egyedüli magánforrásként az informális jellegű paraszolvencia egészítette ki [2].

A reform egyik jelentős lépéseként 1989. január 1-jén létrejött az önálló társadalombiztosítási intézményrendszer, amely a központi költségvetéstől elkülönülő két alapra: a Nyugdíjbiztosítási és az Egészségbiztosítási Alapra oszlott. Az állami egészségügyi rendszer gyógyító-megelőző tevékenységének finanszírozása az úgynevezett „forráscserét” követően, 1990. április 1-jétől, a társadalombiztosítótól érkezett. A költségvetés közvetlenül csak a beruházásokra biztosított forrásokat, átvéve az OT korábbi hatáskörét. Az 1991-es, *A társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról és rövid távú feladatairól* című törvény értelmében 1993-tól a társadalombiztosítási rendszer önkormányzati formában működött tovább. Az alanyi jogon járó ellátás 1992-ben elméletileg szintén megszűnt, biztosításalapú rendszernek adva át a helyét. A gyakorlatban azonban a szolgáltatókhoz való egyetemes hozzáférés elve továbbra is érvényben maradt [1].

E változásokkal összhangban elengedhetlenné vált a bázisalapú, diszkrecionális döntések nyomán kialakult intézményi finanszírozási rendszer normatív típusúvá alakítása. Az új finanszírozási rendszer egyik legfontosabb célja az volt, hogy az ellátók bevételeit azok szakmai teljesítményéhez rendelje, megszüntetve a korábbi, a kijárástól erősen befolyásolt bázisköltségvetéseket. Ezzel párhuzamosan célként fogalmazódott meg a paraszolvencia felszámolása is. A tervezett – illetve részben 1993-ban bevezetett – reformok előbbi direkt módon célozták, utóbbi pedig indirekt eszközökkel remélték megszüntetni.

## Nyugat-európai reformok az 1990 körüli években

A magyar reform előkészítői nem voltak egyedül problémafelvetéseikkel. Az előregedő társadalom és a technikai fejlődés folytán folyamatosan emelkedő egészségügyi költségek Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban is szükségessé tették a hatékonyság fokozását, illetve a költségek féken tartását célzó reformokat. A reformok jellemzően a verseny fokozása, az ehhez szükséges ösztönzők megteremtése és a szabályozás leépítése irányába mutattak, azonban az alapvető strukturális különbségeknek megfelelően az alkalmazott módszerek eltértek. Kiemelt szerepüknek köszönhetően a kórházak hatékony-

ságra való ösztönzése jellemzően kulcskérdés volt. Ennek érdekében, összhangban a *New Public Management* paradigmájával, a menedzsment adminisztratív függésének mérséklésére, mozgásterének és felelősségének növelésére, illetve ezzel párhuzamosan a teljesítményalapú finanszírozás felé való elmozdulásra tettek a legtöbb országban kísérletet [3].

A magyar reform sarokkövét is képező HBCs-alapú finanszírozás bevezetése egy, az Amerikai Egyesült Államokból indult, nemzetközi kórház-finanszírozási paradigmaváltásba illeszkedett. Az úgynevezett DRG (Diagnosis-Related Groups) elvén alapuló eljárást kórházi költségszámítási, később pedig kórház-finanszírozási céllal vezették be az Egyesült Államokban. A módszer a klinikailag és költségvonatban hasonló betegségeket és orvosi eljárásokat csoportokba sorolja, egymáshoz rendeli, és a felmerülő költségek alapján meghatározza, hogy adott besorolású esetre mekkora összeg fizetendő. Ezáltal lehetőséget adott az ellátás költségstruktúrájának feltárására és elemzésére: a korábban „feketedobozokként” működő kórházi bázisköltségvetések és az ellátási folyamatok összekapcsolására [4].

Az Egyesült Államokban 1965-ben bevezetett Medicare program a 65 éven felüliek és a fogyatékkal élők számára nyújtott állami egészségbiztosítást; a Yale Egyetemen hosszan futó projekt ennek igénybevitelét célozta számszerűsíteni. Végül 18 évvel később kezdte el valóban finanszírozási célokra alkalmazni a Medicare rendszert. Az egyetemi kórházban 1973-ban bevezetett első verzió még csak az 54 kategóriába sorolt betegcsoportok, illetve az ellátások hozzájuk rendelésével előálló 333 párosított csoport regisztrálására szolgált, finanszírozási vonzata nem volt. Hamarosan a Szövetségi Társadalombiztosítási Iroda bevezetett egy enyhén bővített verziót, majd 1978-ban az első finanszírozási adatokkal kiegészített változatot New Jersey állama alkalmazta. A Medicare program által 1983-ban bevezetett verzió már csak 23 diagnóziskategóriát különböztet meg, viszont a beavatkozások hozzárendelésével 470 DRG-t tartalmazott.

Ausztrália alig öt évvel később szintén bevezette a DRG-rendszert a saját Medicare programjában – majd 1992-re saját verziót dolgozott ki. Ezzel szemben, a vasfüggönynek köszönhetően, Európában elsősorban Nyugaton váltott ki érdeklődést az új rendszer. Elsőként 1988-ban Portugália vezette be munkahelyi biztosítások keretében kezelt betegek, akik a kórházi esetek mintegy harmadát tették ki. Norvégia 1991–1993 között kijelölt kórházakban kísérleti jelleggel alkalmazta a rendszert, ahogy 1993-ban Írország is. Magyarország élen járt a DRG bevezetésében, amelynek elterjedése Nyugat-Európában az 1993 és 2008 közötti 15 évben fokozatosan történt. Mára azonban az Európai Unió országainak többsége használja a rendszer valamelyik változatát, mint költségszámítási vagy finanszírozási rendszert.

## A Visegrádi országok rendszerváltást követő reformjai

Tekintettel a hasonló történelmi helyzetre, érdemes néhány szót szólni a régió másik két országában – Csehországban és Lengyelországban – bekövetkezett változásokról.

Csehország esetében a reformok a rendszerváltást követően rövid időn belül és gyorsan lezajlottak: a rendszer alapvető elemeiről (még Csehszlovákia) 1991 és 1993 között született döntés. Az intézménystruktúra tekintetében ez decentralizációval és az intézményvezetők autonóm döntési lehetőségeinek növelésével járt – amit Csehországban 2002–2003-ban újabb jelentős decentralizációs hullám követett. A lakosság számára szabad orvosválasztást tettek lehetővé, és a korábban teljességgel hiányzó magánpraxis döntő szerepet kapott a járóbeteg-ellátásban. Ez utóbbinak előfeltétele volt, hogy a társadalombiztosító szektorsemleges finanszírozást vezetett be.

A forrásteremtés területén visszatértek az 1952-ben megszüntetett társadalombiztosítási rendszerre, amelyben számos, foglalkozási ág szerint szerveződő, biztosító gyűjtötte a kötelező társadalombiztosítási járulékokat. A reform idején 25 ilyen biztosító jött létre, amelyből 1998-ban 9, 2014-ben csupán 7 működött [5]. A finanszírozás a szolgáltatók és a biztosítók képviselői közötti tárgyalásokon alakult ki, a kormányzat felügyelete és vétőjoga mellett. Csehország a rendszerváltás után a DRG helyett lebegtetés nélküli fee-for-service típusú kórház-finanszírozást vezettek be, ez azonban hamarosan a közkiadások tarthatatlan mértékű emelkedését idézte elő [6, 7].

Lengyelországban a decentralizáció, jelesen a Szociális és Egészségügyi Minisztérium tulajdonosi jogköreinek részben egy központi fenntartó szervezetre, részben az önkormányzatokra való átruházása, már az 1980-as években bekövetkezett. Az 1990-es évek elején ez a tendencia folytatódott: a minisztérium a szabályozó szerepébe vonult vissza, az intézményi autonómia nőtt, a Lengyelországban korábban is jelen lévő magánszektor jelentősen kibővült, és az állami mellett a járóbeteg-ellátás meghatározó tényezőjévé vált. A lakosság számára garantálták a szabad orvosválasztást, míg az intézmények megnövekedett szabadsággal dönthettek forrásaik felett. A forrásteremtés átdolgozására a gazdasági stabilizáció szükségessége miatt csak a 90-es évek második felében került sor. A kötelező társadalombiztosítási járulékfizetés és az ennek kezelésére létrehozott tizenhat vajdasági hatáskörű alap 1999-es eredetű. (Ezeket azóta egy országos intézménybe vonták össze.) 1999-ben került a kórházak többsége is önkormányzati tulajdonba, a DRG-típusú finanszírozás bevezetésére azonban csak később került sor [8].

## A magyar reform eredete

Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer struktúráját döntő mértékben meghatározta az 1950-es években, a szovjet Szemaskó-modellnek megfelelően kialakított sűrű kórházhálózat. A fejlesztési források elapadása azonban jelentős negatív hatással volt mind az infrastruktúra, mind az ellátás minőségére. 1986-ban megszünt az úgynevezett felújítási hányad és hányadkiegészítés, az Országos Tervhivatal felszámolása után pedig a tökejellegű egészségügyi költségeknek végképp nem volt gazdájuk. Mindemellett a rendelkezésre álló szűk források elköltésében sok esetben pazarlás volt tetten érhető, aminek oka a túlzottan fekvőbeteg-centrikus intézményrendszer, valamint a megfelelő elosztási mechanizmusok hiánya, a bürokratikus tervezés piaci mechanizmusokat és érdekeltséget helyettesítő szerepe, továbbá a tanácsi rendszeren átszűrődő, és így nem egységes elveket követő finanszírozás [9].

A fenti helyzetben bekövetkezett változást jelentősen katalizálta az államigazgatás teljes körű átszervezése a rendszerváltást közvetlenül megelőző és az azt követő időkben. A társadalombiztosítás mellett 1990-ben az állam központi hatáskörétől jelentős függetlenséget nyert az önkormányzati rendszer is, a gazdaság és a közszolgáltatások jelentős szektorait – mint például az energiaszolgáltatást – privatizálták, a központi szervek pedig jellemzően irányító-támogató szerepetvettek fel. E folyamatba illeszkedett az egészségügyben is a szereplők önállóságának növelése és a piaci koordináció eljárásainak előtérbe helyezése.

A reformok kidolgozásában két fő műhelyt kell megemlíteni. Az egyik a Szekszárdon *dr. Jávor András* vezetésével létrejött Gyógyinfok volt, amelynek irányítását később *Bordás István* vette át. A Gyógyinfok elsődleges érdeklődési területe a DRG – hazai változatában a Homogén Betegségcsoportok (HBCs) – itthoni bevezetése volt. 1983-ban egy amerikai szakfolyóiratban olvastak a rendszerről, amelynek logikája mentén a későbbiekben önálló betegségbesoroló és költségmérő szisztémát fejlesztettek ki. A rendszer tökéletesítése érdekében a Gyógyinfok szakemberei vezetésével 1986–87-ben a szekszárdi kórházban, majd 1987–90 között országos mintán történő kórházi költségfelmérési munka zajlott, amely lehetővé tette a szakmai teljesítmény és a kórházfinanszírozás összefüggéseinek feltárását.

A másik fontos műhely a Szociális és Egészségügyi Minisztérium Reformtitkársága volt, amelyet 1987-ben kifejezetten az átszervezés előkészítésének céljával hoztak létre. A Reformtitkárság munkatársai – *dr. Jávor András*, *dr. Forgács András*, *dr. Nagy Júlia*, *dr. Serfőző Mária* és *dr. Weltner János* – 1988-ban jelentettek meg egy munkaanyagot *Elgondolások az egészségügy reformjáról* [10] címmel, amelyben felvázolták a főbb problémákat és az azok kezelésére szolgáló lehetséges reformokat – néhol több lehetőséget is említve. A felvetett problémák az egészségügyben leggyakrabban jelentkező nehézségeket

tükrözték: forrás- és szakemberhiány, a rendszer bizonyos aspektusainak átláthatatlansága, bürokratikus irányítás és a megfelelő motivációs rendszert biztosító finanszírozás hiánya. Lényegében három lehetséges modellt javasoltak, amelyek elsősorban a finanszírozás módjában tértek el egymástól, azonban mindegyik magával vonta az ellátórendszer egyéb dimenzióinak, az állam optimális szerepének változását is. *Dr. Gyórfi István*, az Egészségügyi Minisztérium államtitkára, valamint *Perényi László*, a Pénzügyminisztérium munkatársa közlelről figyelték és támogatták a Reformtitkárság munkáját.

A *dr. Csehák Judit* felügyelete alá tartozó minisztérium vezetése számára a cél egy teljesítményalapú egészségügyi finanszírozási rendszer megteremtése volt. Ebben a tekintetben a 80-as évek végére viszonylag széles ágazati konszenzus bontakozott ki, amelyet a minisztériumi tisztségviselők mellett a költségfelmérési kísérletek során egyre több orvos is magáévá tett. A DRG-t, mint eszközt, *Jávor András* javasolta, és mivel kidolgozott koncepció állt mögötte, sikerült meggyőznie a döntéshozókat annak előnyeiről.

A HBCs, mint normatív finanszírozási instrumentum, megoldást adott a bürokratikus elosztás számos problémájára, és joggal volt tőle várható az átlagos ápolási idő csökkenése és a kórházi hatékonyság növekedése. A Gyógyinfok szakemberei azonban a praktikus finanszírozási eszköznél tágabb kontextusba helyezték a bevezetendő rendszert, és abban a piaci alapú mechanizmusoknak az egészségügybe való bevezetésének egyik legfontosabb elemét látták.

A fekvőbeteg-financezírozás tekintetében a rendszerváltást közvetlenül követő időben is sikerült „megvédeni” a HBCs gondolatát. A rendszerváltás utáni első kormányban többen, köztük elsősorban *dr. Bajtai András* helyettes államtitkár, a német egészségügyi rendszer megoldásai – köztük a többkasszás társadalombiztosítás mellett a beavatkozásalapú kórházi finanszírozás – hazai átvételét szorgalmazták. A nehéz gazdasági helyzetben azonban végül a HBCs hatékonysági előnyei – amelyek mellett *Jávor András* ekkoriban államtitkárként szállt síkra – meggyőzték őket a későbbiek fényében korszerűbbnek minősíthető rendszer bevezetéséről, legalábbis az aktív fekvőbeteg-szakellátásban [3].

## A reformok elméleti alátámasztása

*Bordás István* 1991–92-ben az *Egészségügyi Gazdasági Szemle* három egymást követő számában mutatta be a szakmai nyilvánosság számára a teljesítményfinanszírozáson alapuló egészségügyi rendszer működését és a tőle várt előnyöket. Az első cikk a rendszer általános leírásával foglalkozik, míg a második a magyar bevezetéstől remélt előnyökkel, a harmadik pedig a megvalósítás kérdéseivel. Ezt követően 1994-ben az informatikai megvalósításról jelent meg *Bordásnak* több cikke, azonban a bevezetés 1998-as lezárultát követően ismét a fi-

nanszírozás gazdasági oldalának szakértőjeként publikált rendszeresen, egészen 2007-es haláláig.

A társadalombiztosítási rendszerű finanszírozás létrehozatala lehetőséget teremtett arra, hogy a szektor kellően elkülönülten és autonóm módon működhessen, megtalálja az adott források mellett számára optimális finanszírozási és ellátási rendszert. A reformintézkedések elsődleges célja a piaci mechanizmusok – egészségügyre szabott – bevezetése volt. Ezek korábban a politikai rendszer elvárásainak megfelelően egyáltalán nem voltak jelen, így az ebbe az irányba való határozott elmozdulás igénye érthető módon jelent meg. A tervezett piac első számú remélt hatása az átláthatóság erősítése volt. A DRG-rendszeren keresztül követhető, hogy hol milyen ellátás történik, a betegek szabad mozgása megmutatja, hogy melyik kórházak nem nyújtanak megfelelő ellátást, illetve minden kórház a valós teljesítményének megfelelően jut finanszírozáshoz.

Az ebből következő verseny további előnyökkel jár. E remélt pozitív változások között volt a transzparens működés és a szolgáltatók betegekért való versengése folytán a hálapénz megszűnése, valamint a nyugat-európai reformokhoz hasonlóan Magyarországon is a hatékonyság javulását várták – azzal a reménnyel, hogy az egészségügyi ellátás infrastruktúrájában konszolidáció megy végbe. Egyértelművé válik, hogy mely kórházak nem képesek – bármilyen okból – megfelelő hatékonysággal működni. Ezek a kórházak vagy drasztikusan változtatnak a profiljukon és megtalálják a számukra optimális működést, vagy bezárásra kerülnek. Hosszabb távon a tervezett piac átlátható és szektorsemleges finanszírozási metódusa lehetőséget ad a magánszolgáltatók belépésére, ami a versenyt és a hatékonyságot tovább növeli.

Miközben a reformok elsődleges célja a piaci koordinációs mechanizmus bevezetése volt, két fontos korlátozó tényezőt deklaráltan szem előtt tartottak. Az első ilyen korlátként funkcionáló cél a kvázi teljes lakosság egészségügyi rendszerhez való hozzáféréseinek megtartása – amit elméleti szinten az önkormányzatok ellátási felelőssége garantált. Ezért beszélünk végig tervezett vagy erősen szabályozott piacról. A másik korlátot a társadalombiztosítás egészségbiztosítási alapja által meghatározott kiadási keretek betartása adta. A finanszírozási mechanizmus kidolgozásánál garantálni kellett, hogy tervezhető lesz az éves kiadások mértéke, valamint az anyagi lehetőségek szűkössége miatt kiemelt szerepe volt, hogy a költséghatékonyságot előmozdító tényezők kerüljenek be a rendszerbe.

A reformtervekben a kassa tartását a lebegő pontos finanszírozás szolgálta, vagyis az esetek adott pontértékekkel rendelkeztek, és az adott hónapra az egyes szolgáltatók által teljesített pontok arányában került kiosztásra a kassa. E megoldás ellenében azonban folyamatosan számos szakmai és politikai érv merült fel, ezért a gyakorlatban előbb a járóbeteg-ellátásban bevezetett fee-for-service finanszírozás ellátást „elszívó” hatásában reménykedtek, majd ennek hiányában igyekeztek inkább

a súlyszámok úgynevezett visszanyomulásának eszközével élni. Egy 1990-es cikkben a teljesítmény visszafogására szolgáló módszerek áttekintésekor elméleti szinten felvetődik a lakosság bizonyos beavatkozásokhoz való hozzájárulásának lehetősége. Ugyanitt kerül elő a háziorvos szerepeként a betegek szükséges szakellátáshoz irányítása – és ezzel a felesleges forgalom és vizsgálatok kiszűrése [11].

Összességében tehát az egészségbiztosítási alap társadalombiztosítási járulékos és egyéb bevételeiből finanszírozható, a társadalom egészének hozzáférést biztosító átlátható, hatékony és rugalmas rendszert kívántak teremteni, amelyben a páciens választhat, és nincs paraszolvencia nyújtására szorulva.

## A tervezett piac modelljének gyakorlati megvalósulása

Az eddigiekben felvázolt modell elméleti konstrukció, amelynek gyakorlati megvalósítását, bevezetését a kezdetektől fogva fokozatos jelleggel tervezték és hajtották végre. 1986-ban kezdődtek meg a HBCs-rendszer bevezetésének előkészületei, a betegcsoport-szintű felosztást lehetővé tevő kórházi költségfelmérések módszertanának kidolgozásával [9]. A tervezett piac koncepcióját politikai célok formájában a rendszerváltás után a Népjóléti Minisztérium 1991. augusztusi Cselekvési Programja foglalta össze [12], és központi eleme, az aktív fekvőbeteg-ellátás, illetve a járóbeteg-szakellátás teljesítményfinanszírozása 1993. július 1-jén lépett életbe [13].

Az erre az időpontra rekonstruálható intézkedéstervek közül egyesek megvalósultak, mások papíron maradtak. A megvalósult intézkedések egy jelentős része – mindenekelőtt maga a HBCs-rendszer az aktív fekvőbeteg-finanszírozásban – ma is érvényes, más részüket visszavonták. Egyes esetekben a meg nem valósulás vagy a visszavonás oka, hogy a tervezett piaca épülő modell adott eleme már nem számít az egészségpolitika céljai közé, más esetekben pedig új eszközökkel igyekeznek elérni az azonos vagy némiképp módosított célokat.

### *Normatív finanszírozás*

A tervezett piac bevezetésekor az egyik legfontosabb megvalósítandó feladat a finanszírozás normativitásának megteremtése, vagyis a térítési díjaknak a különböző szolgáltatók közötti egységesítése volt. Mivel ez sokszor nagyon jelentős eltérések megszüntetésével járt, az intézményeknek az intézkedés megvalósítása előtt felkészülési és alkalmazkodási időt biztosítottak.

A HBCs tekintetében az induláskor úgynevezett intézményi alapidőket szabtak meg, vagyis minden ellátó a korábbi, bázisfinanszírozású költségvetését osztotta el az általa ellátott esetek súlyszámösszegével, és az átmeneti időszakokra ez a hányados lett számára az egy súlyszámért járó díj. Ezzel a megoldással teljesítményalapúvá vált az

intézmények finanszírozása, de az árak közötti jelentős különbségek torzították a piacot. A díjak fokozatos kiegyenlítésére, a HBCs bevezetése után mintegy négy évvel, 1997. március és 1998. február között került sor [14]. Azóta az aktív fekvőbeteg-finanszírozásban normatív díjak működnek.

Az alapvetően teljesítményalapon finanszírozott ellátási formák esetében is léteztek és léteznek azonban olyan kifizetések, amelyek eltérő elvek szerint kerülnek az intézményekhez. 1997 és 1999 között ilyen kifizetés volt a fekvő- és a járóbeteg-szakellátásban alkalmazott fix díj, amelynek elsődleges célja az országos vagy regionális hatókörű, speciális ellátásokat nyújtó intézmények számára az ellátás komplexitásából és a rendelkezésre állás szükségességéből adódó feltételezett többletköltségek ellensúlyozása lett volna [12].

Néhány teljesítményfinanszírozáson kívüli forma, például a sürgősségi fix díj, ma is része a finanszírozási rendszernek. Ezen túlmenően a TVK degresszív hatása miatt is elvileg elképzelhető, hogy két különböző intézmény azonos teljesítmény mellett mégis különböző szintű bevételt realizál. A jelenleg érvényes TVK-rendszerben ugyanis a fix költségekre a volumenkeret szerint elszámolt teljesítménynek kell fedezetet nyújtania, a TVK-n felüli ellátások esetén pedig, 4%-nyi teljesítményig, a változó költségek átlagos szintjét (az esetköltség 25%-át) téríti a biztosító [15].

A kvóta részben az ellátási területen keletkező feladat mértékéhez igazodik, és elve az, hogy ehhez a feladathoz biztosítson teljesítményalapot finanszírozási keretet. Ezen felüli teljesítményszint esetén az ellátó egy súlyszámra vetített átlagos bevétele csökken [16]. Az intézmények kapacitásai, feladatai és TVK-szintje azonban a jelen helyzetben nem minden esetben illeszkednek egymáshoz, ezért előfordulhat, hogy egyes intézmények nem tudják kihasználni a kvótájukat, míg mások kénytelenek azon felül teljesíteni, ami egyenlőtlenséget eredményezhet az egy esetre jutó effektív térítési díj szempontjából.

A normatív elvű, prospektív fekvőbeteg-finanszírozás, mint egészségpolitikai cél, ma is érvényes, és a rendszer egyik meghatározó eleme. Ugyanakkor a minél nagyobb teljesítménnyel való versenyzést a feladatalapú, az ellátási területhez kapcsolódó kvóta váltotta fel, és az ellátási volumen szabályozása nagyobb prioritást élvez a szigorúan egyenlő mértékű esetfinanszírozás elvével szemben.

### *Amortizáció és tőkeköltségek*

Az azonos esetösszetétellel, azonos teljesítményszinttel működő egészségügyi ellátók bevételei között különbségeket okoz a beruházási forrásoknak a teljesítményhez csak közvetetten kötődő, diszkrét döntéssel történő kiosztása is. Az ellátók közti verseny egyenlő feltételeit rontja, hogy különböző mértékben jutnak fejlesztési forrásokhoz, amelyek ráadásul a költségszintjüket is befolyásolhatják. A tőkeköltségek és a befektetett eszközök

amortizációjának HBCs-be való beépítése körül ennek ellenére a reform kidolgozói részéről kezdetben hezitáció volt érzékelhető [11]. Az 1991-es Cselekvési Programban azonban végül megjelent [17], majd később is a hatékonyság egyik fontos gátjaként hivatkoztak az elmaradására [18, 19]. Az intézkedés bevezetésére máig nem került sor. Meglátásunk szerint a magántulajdonú ellátókkal való szektorsemleges verseny megteremtésének célja a kórház-privatizációról szóló 2004-es népszavazás [20] után lekerült a napirendről, az egészségügyi kormányzat jelenlegi célja pedig éppen a két szektor minél teljesebb elválasztása egymástól.

Az egyenlő feltételek biztosításának igénye mellett azonban az amortizáció beépítésének a hatékony méretű infrastruktúra kialakítása szempontjából is fontos szerepe van a tervezett piac modelljében. A modell abból a feltételezésből indult ki, hogy ha az ellátóknak a teljesítményalapú bevételük nyújt fedezetet a beruházásokra, akkor olyan ellátások beindításába investálnak, amelyek a tervezett piac körülményei között gazdaságosan működtethetők. E mechanizmus azonban az egyszerre ellátási kötelezettséggel és puha költségvetési korláttal is rendelkező intézmények esetében valószínűleg akkor sem működött volna az elvárásoknak megfelelően, ha a szükséges feltételek megteremtődnek. Ennek hiányában időnként – például 1996-ban és 2007-ben – az egészségügyért felelős minisztérium kezdeményezte, és törvényalkotással, illetve finanszírozási szerződések útján valósította meg az ellátási struktúra megváltoztatását. A jelenlegi struktúra ezt a feladatot az ellátórendszer aktív, állami tervezőjére bízta. Vagyis a tervezett piac hipotetikus „tisztító”, racionalizáló funkcióját ebben az esetben is, mint fentebb, a kapacitástervezés vette át.

### *Tulajdonviszonyok*

A tervezett piac koncepciójára épülő egészségügyi reform számára adottságként jelentkezett az egészségügyi intézmények többségének (az egyetemek, az országos intézetek és a minisztériumi, vállalati kórházak kivételével) önkormányzati tulajdona, amelyet az 1990-es közigazgatási reform hozott létre. Az önkormányzatok ellátási kötelezettsége a tervezett piac egyik lényeges szabályozója lett [9].

A tőkeköltségek teljesítményfinanszírozásba való beépítésének elmaradása azt is jelentette, hogy ezt a szabályozó szerepet a piaci mechanizmusok később sem vették át az önkormányzatoktól, amelyeknek aktív és egymással összehangolt kapacitástervezést kellett volna végezniük. Az ellátórendszer tervezésének funkciója azonban hiányzott az általános ellátási kötelezettség szabálya mellől. 1997-ben a Regionális Modernizációs Programmal történt egy kísérlet a regionális egészség-szervezés intézményrendszerének kialakítására, ezt azonban végül a bevezetése előtt elvetették [12].

A beruházási döntések koordinációjának hiánya miatt az ellátórendszer nem tudta felvenni a tőle elvárt szerke-

zetet, ezért már a '90-es évek közepétől kialakult az a meggyőződés, hogy a struktúraátalakítás érdekében állami beavatkozásra van szükség. 2011–2012 folyamán az önkormányzati tulajdont megszüntették, majd 2012-ben az immár állami ellátórendszer számára a területi ellátási kötelezettség ellátási szükségletekből kiinduló, központi megtervezését irányozták elő [21].

A tulajdonviszonyok esetében tehát azt láthatjuk, hogy az általános földrajzi hozzáférés biztosításának egészségpolitikai célja konstans maradt, akár a gazdasági hatékonyság igényével szemben is. Az ezt megvalósító eszköz, az önkormányzati tulajdon azonban olyan ellátási szerkezet kialakulásához – vagy inkább konzerválásához – vezetett, amely túlságosan is szemben állt a hatékonyság követelményével, ezért a cél megtartása mellett az eszköz módosításra került. Megjegyezhető, hogy az önkormányzatok egészségügyi tulajdonosi funkciójának mind a létrehozatala, mind a megszüntetése a közigazgatás globális átalakítását célzó és nem az egészségügyi rendszer felől kiinduló reformok terméke volt.

### *A finanszírozási rendszer rugalmassága*

A rugalmasság elvét szolgálta a teljesítményfinanszírozás rendszerére való, fentebb említett, fokozatos átállás. Az aktív fekvőbeteg-ellátásban ezen túlmenően nem csupán a teljesítményfinanszírozás térhódítása volt fokozatos, hanem kezdetben maga a HBCs-rendszer is igen gyakori korrekciókon esett át, amelyek során folyamatosan javult a hazai költségviszonyokkal való megfelelése. 1993 és 2001 között összesen 8 HBCs-verziót adtak ki, amelyek közül a legrövidebb életű mindössze 6 hónapig volt érvényben [14]. Ezzel ellentétben a ma is használt, HBCs 5.0 verzió 2004 óta nem esett át lényeges, strukturális változtatáson.

Az utóbbi években a szisztematikus kódkarbantartás is elmaradt: 1999/2000 óta nem kalkulálták újra átfogó jelleggel a homogén csoportok egymáshoz viszonyított súlyszámárányait, és az utolsó átfogó kórházi költségfelmérésre is 2008-ban került sor [22]. A technológiai és menedzsmentváltozások következtében folyamatosan átalakuló egészségügy keretei között ez a helyzet túlságosan megmerevíti a finanszírozás rendszerét.

A költségszámítással kapcsolatban rendszeresen felvetődik az a probléma is, hogy az erre alkalmazott módszer nem kellőképpen pontos, és a finanszírozási rendszer így a kívánttal ellentétes ösztönzéseket közvetít. Cél ugyanis, hogy a HBCs költségleszorító hatása ne az allokatív hatékonyság rovására érvényesüljön – vagyis a drágább, komplex beavatkozások végzésével az intézmények éppolyan jól járnak, mint a kis költségűekkel. Sőt a betegcsoportok súlyozása eszköz lehet az ellátás progresszivitásának javításához is, a komplex beavatkozásoknak a kórházon kívül is ellátható esetekkel szembeni kedvezőbb térítésével [23]. A reform bevezetések és később is többször hivatkoztak az utóbbi célra [24].

A gyakorlatban azonban problémaként jelentkezett, hogy a közvetett költségek felosztása a HBCs-kalkuláció során a normatív ellátási napok, a kórházi kontrolling-rendszerekben pedig a közvetlen költségek arányában történik. *Bordás István* megállapítása szerint mivel a közvetlen költségek – gyógyszerek, műtéti anyagok stb. – átlagosan az esetek összes költségének csak kisebbik részét teszik ki, két azonos ápolási idejű, de jelentősen eltérő közvetlen költségű ellátás finanszírozása között a különbség majdnem eltűnik az egyenlő mértékben rájuk allokált közvetett költségek miatt. Csökken az érdekelttség a nagyobb közvetlen (változó) költségű, ráadásul nagyobb költségvolatilitást mutató esetek ellátása iránt, amelyeknél fennáll a közvetlen veszteség kockázata. Helyettük érdemes az alig alacsonyabb térítésű, de jóval kisebb közvetlen költségű és kockázatú esetek kórházi ellátása, akár indokolatlan mennyiségben is. Ezért a 2000-es évek elején felvetette, hogy a HBCs közvetett költségeit a közvetlen költségek arányában kellene kalkulálni – vagyis a magasabb változó költségű esetek-csoportok finanszírozását az egyszerűbbek rovására megemelni. Ezzel szemben azonban az is állítható, hogy a kórházi gyakorlatnak kellene a normatív finanszírozás elveivel igazodnia, és ezzel a probléma mérséklődik [25].

A fenti változtatások az ezredforduló környékén az aktív fekvőbeteg-ellátás finanszírozási rendszerének egy addigra világossá vált problémáját szerették volna kezelni. Erre a problémára korábban más megoldásokat kerestek – például szakmai szorzószámok, progresszív ellátás külön kerete, egyes komplikált ellátások fee-for-service módszerű térítése –, amelyek azonban a normativitás fent említett elvét sértették, ezért nem voltak tartósak. A rendszerszintű megoldás a kódkarbantartással együtt a mai napig elmaradt. Az ebből fakadó gyakorlatot, miszerint az intézmények az egyszerű eseteket látják el, a bonyolultabbakat pedig túlzott mértékben továbbküldik, későbbi tanulmányok is az ellátórendszer egyik fő problémájaként azonosították, és az ma is hasonlóan létezik [22].

### *Kiadáskorlátozás*

A kevésbé költséges esetek felé való elmozdulás mellett a HBCs-rendszerből, illetve általában a teljesítményfinanszírozásból eredő másik fő probléma az ellátási volumenek és ebből fakadóan a társadalombiztosítás kiadásainak emelkedése. A rendszer hazai bevezetések, bár annak kidolgozói kényszermegoldásként tekintettek rá, az önkormányzati tulajdonhoz hasonlóan adottságként jelentkezett az előre meghatározott összegű, úgynevezett zárt kassza, amely elkülönülten szabályozta az egyes ellátási formákban (több mint 20 kassza az aktív és krónikus fekvőbeteg-ellátás, járóbeteg-ellátás, alapellátás stb. számára) felhasználható források maximumát [26].

A finanszírozási rendszer alapvetően kétféleképpen tud alkalmazkodni a merev költségvetési korláthoz: a térítési díjak lebegtetésével vagy a finanszírozott teljesít-

ményvolumenének korlátozásával. A nemzetközi példák is e megoldások valamelyikének alkalmazását mutatják [4]. A magyar egészségügyi rendszer elsőként az előbbi vezetette be, majd – mint arról a normativitás kapcsán már szó volt – 2004-től kezdődően a TVK-val áttért az utóbbira. A cél tehát változatlan maradt, de az eszköz tekintetében reformra került sor. Ezzel megszűnt az intézmények érdekeltsége a végső soron mindegyiküknek hátrányos teljesítménynövelésre. (A lebegtetés rendszerében a kassza túlteljesítése esetén a súlyszámok vagy német pontok forintértéke mindenki számára egyformán csökkent, érdekeltté téve az ellátókat abban, hogy legalább fix költségeik fedezése érdekében a túlteljesítők között legyenek.) Ugyanakkor a TVK bevezetésével ismét előtérbe került a közfinanszírozott magyar egészségügyi rendszerben a kapacitáshiány, azaz a várólisták jelensége [27].

Bár a TVK alapvetően a költségvetési korlát érvényesítésének eszköze az aktív fekvő-, a járóbeteg-szakellátás és a laborvizsgálatok teljesítményfinanszírozási rendszerében, számos meghatározó ponton módosítja a tervezett piac eredeti rendszerét. Már említettük a finanszírozás normativitását enyhén torzító jellegét, illetve utaltunk arra is, hogy a tervezett piac spontán tisztulási folyamatai helyébe az aktív állami kapacitástervezés lép. Bevezetésekor a TVK nem töltötte be ezt a funkciót, mivel historikus teljesítményeket konzervált. A Semmelweis Terv [21] meghirdetése és a kórházak államosítása utáni rendszerben azonban a rendszerszintű tervezés és az ellátásszervezés fontos eszközzé vált – miközben a benne rejlő ez irányú potenciált még nem teljesen aknázták ki az ellátástervező.

### *Ellátásszervezés*

A tervezett piac modelljében a bürokratikus koordináció szerepét a lehető legalacsonyabb szintre szerették volna szorítani, és helyette az egyéni érdekeltségen alapuló koordinációs folyamatokat előnyben részesíteni. Ezért megjelent az az elképzelés, amely szerint az ellátásszervezés funkcióját is decentralizálni kívánták. Az Angliában működő fundholding rendszerhez [28] hasonló módon a kapuórszerepet betöltő háziorvosok anyagilag is felelősök lettek volna a hatékony betegutak kialakításáért.

Hatékony betegútnak tekinthető mindazon ellátási epizód, amely során a beteg problémáit a lehető legalacsonyabb, de még kompetens szinten látják el, annak érdekében, hogy csak a valóban indokolt esetek kerüljenek a magas szakképzettséggel és fix költségekkel működő centrumokba. A háziorvosok súlyozott fejkvótán alapuló finanszírozását ezért a kezdeti tervek szerint kiegészítették volna a betegek szakellátásának költségét részben fedezni hivatott ellátásszervezői költségvetéssel. A háziorvosoknak ebből az összegből hozzá kellett volna járulniuk pácienseik kórházi kezelésének vagy járóbeteg-szakellátásának költségeihez, ami által érdekeltté váltak volna e költségek csökkentésében [11].

A koncepciónak a tervezett piac működésébe való illeszkedése azonban nem teljesen világos, hiszen a betegek intézményválasztási szabadsága – bármilyen tökéletlen informáltságon alapuljon is – a modell központi eleme. Ezért a háziorvosok ellátásszervező szerepkörét olyanra kellett volna szabni, hogy egyensúlyt találjon az ellátók között a betegekért folyó versengés célja és a súlyos beavatkozások számának csökkentésére irányuló törekvés között. Kérdés, hogy a tervezett piac koncepciójának kidolgozói számoltak-e, mennyire komolyan számoltak az ellátásszervezés funkciójával, és pontosan hogyan kívánták azt megoldani.

A háziorvosok költségvetés-kezelői szerepén nyugvó modell soha nem került általános bevezetésre. Ugyanakkor problémaként merült fel, hogy a háziorvosi rendszer elégtelen mértékben tölti be a neki szánt kapuóri és ellátásszervezői szerepet [29]. Az ellátásszervezés feladata később is a szakmai érdeklődés tárgya maradt, azonban a funkció betöltésére alkalmasabbnak tekintették a szakellátás szereplőit vagy egy teljesen önálló szervezetet [20]. Végül az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) modellkísérletében 1999-ben kórházakat és háziorvosi csoportokat egyaránt bevontak ellátásszervezőkként.

Az IBR-modellkísérletet 1999–2007 között megszüntették, azóta pedig nem próbálkoztak pénzügyileg motivált ellátásszervező rendszerbe iktatásával. A több más eszköznél is leírt folyamatot követve ma az ellátásszervezés is központi, állami feladat. A beruházások koordinálásával, az ellátórendszer tervezésével, a TVK-ra és a területi ellátási kötelezettségre való javaslattétellel, illetve az ellátásszervezés funkciójával ma az állami ellátásszervezés feladata ellátni mindazokat a funkciókat, amelyeket a tervezett piac – eszközeinek kidolgozatlan-sága vagy feltételezett alkalmatlansága, esetleg más egészségpolitikai szándék elsőbbsége okán – nem tud betölteni.

### **Következtetések**

Az 1990-es évek elején a megváltozott történelmi helyzet a Visegrádi országok mindegyikében a decentralizációt, a társadalombiztosítás visszaállítását, a szabad orvosválasztást, a magánpraxisok előretörését hívta életre. Magyarország azonban még a régióhoz viszonyítva is gyorsan és mélyrehatóan vezette be a piaci mechanizmusokat, ami elsősorban a fekvőbeteg-szakellátásra is kiterjedő, Homogén Betegcsoportok elvén alapuló finanszírozás formájában megjelenő tervezett piacnak köszönhető.

A HBCs-finanszírozás azonban bevezetésekor sem volt teljes körű – az amortizációt nem tartalmazta –, és a piac működéséhez szükséges további fejlesztés helyett idővel olyan változások kerültek bevezetésre, amelyek a tervezhetőség és tervezés irányába vezették vissza a rendszert. Ezek közé tartozik a szabad orvosválasztás korlátozása, illetve a teljesítményvolumen-korlát bevezetése, valamint a kórházak rendszertelen, de folyamatos



kimentése, amely a nem hatékony működést következményektől mentessé teszi.

Bár a HBCs ma is jól működik, karbantartása időszerű lenne. A 2000-es évek egészségügyi reformjai eközben a korábban kialakított modell hibáinak kiküszöbölése helyett új utakat kerestek, de azok nem teljeseztek ki. A mai egészségügyi finanszírozási rendszer több tekintetben (például TEK, TVK) úgy közelít az adminisztratív tervezés modellje felé, hogy az egyes eszközök nem szándékolt hatásait (elsősorban az úgynevezett vattabetegek ellátását) nem kezeli. Ezért a tervezett piac és a központi tervezés közötti ellentmondások feloldása, a megfelelő kompromisszum megtalálása és a szabályozási eszköztár fejlesztése ma minden korábbinál aktuálisabb feladat. Szükség lehet egyfelől a HBCs költségtartalmának aktualizálására, a jelentések validitásának szorosabb ellenőrzésére, másfelől, amennyiben a szakpolitikai szándék valóban az adminisztratív elemek hangsúlyozása, a TVK szakmákra bontására és az ellátási prioritások megjelölésére.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

*Szerzői munkamegosztás:* B. B.: Interjúvázlat tervezése, a cikk koncepciójának részletes kidolgozása, a szöveg egy részének elkészítése. Gy. P.: Interjúk lebonyolítása, a cikk koncepciójához való hozzájárulás, a szöveg egy részének elkészítése. I. L.: A cikk koncepciójának alapötlete, az alapvető irodalomlista összeállítása, interjúk szervezése, a végleges szöveg szakmai szempontú javítása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekeltségek:* A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

## Irodalom

- [1] Prónai, B.: Social security in Hungary, 1891–2005. [Társadalombiztosítás Magyarországon 1891–2005.] JATEPRESS, Szeged, 2011. [Hungarian]
- [2] Kornai, J.: On healthcare reform. [Az egészségügy reformjáról.] Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1998. [Hungarian]
- [3] Saltman, R. B., Durán, A., Dubois, H. F. (eds.): Governing Public Hospitals, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen, 2011.
- [4] Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., et al. (eds.): Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. McGraw-Hill, Maidenhead & Two Penn Plaza, New York, 2011.
- [5] GYEMSZI Database of Health Systems. [GYEMSZI Egészségügyi Rendszerek Adattára.] <http://www.irf.gyemszi.hu/Hol-Orszag/tablaazat.php> [Hungarian]
- [6] Bryndová, L., Pavlovová, K., Roubal, T., et al.: Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition, 2009, 11(1), 1–122. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen.
- [7] European Observatory on Health Care Systems: Health Systems in Transition: Czech Republic. WHO, Copenhagen, 2000.
- [8] Kuszewski, K., Gericke, C., Busse, R.: Health care systems in transition – Poland. Vol. 7, No. 5. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen, 2005.
- [9] Nagy, J., Bordás, I.: Adaptation attempt of diagnosis-related groups in Hungary. [Adaptációs kísérletek a homogén betegségcsoportok kialakítására Magyarországon.] Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1991, 29(2), 90–120. [Hungarian]
- [10] Forgács, A., Jávör, A., Nagy, J., et al.: Concepts on healthcare reform. [Elgondolások az egészségügy reformjáról.] Szociális és Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Reformtírkárság, Budapest, 1988. [Hungarian]
- [11] Bordás, I.: The new system of healthcare provision. [Az egészségügyi ellátás új rendszere.] Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1990, 28(5–6), 323–342. [Hungarian]
- [12] Orosz, É.: Halfway or the wrong way? The Near Past of our Healthcare System, and Options for Health Policy. [Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái.] Egészséges Magyarorszáért Egyesület, Budapest, 2001. [Hungarian]
- [13] Ajkai, Z., Bordás, I., Demes, I., et al.: On the financing differences of inpatient care providers. [A fekvőbeteg-intézmények finanszírozási különbségeiről.] Kórház, 1994, 1(3), 2–8. [Hungarian]
- [14] Boncz, I., Nagy, J.: 10 years of DRGs: The experience of the payer with Diagnosis Related Groups. [10 éves a HBCs! A Homogén Betegségcsoportok (HBCs) rendszerének tapasztalatai finanszírozói oldalról.] Egészségügyi Menedzsment, 2003, 5(2), 21–27. [Hungarian]
- [15] Government decree n° 43/1999 on the detailed rules of financing healthcare providers from the National Health Insurance Fund. [43/1999. sz. Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól.] [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99900043.KOR](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99900043.KOR) [Hungarian]
- [16] Endrei, D., Zemlényi, A., Molics, B., et al.: The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. Health Policy, 2014, 115(2–3), 152–156.
- [17] Várhelyi, K., Nagy, J., Bordás, I., et al.: On the question of depreciation: A proposed model to develop the resource allocation of healthcare. [Az amortizációról. Modelljavaslat az egészségügyi forrásallokáció rendszerének fejlesztésére.] Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2000, 38(1), 47–66. [Hungarian]
- [18] Bordás, I.: Financing reform in the Hungarian healthcare system (hospital financing). [Finanszírozási reform a magyar egészségügyben (kórház-finanszírozás).] Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1998, 36(3), 225–239. [Hungarian]
- [19] Várhelyi, K., Nagy, J., Mikola, I., et al.: Sources of funding and macro-level relationships in the healthcare system. [Az egészségügyi rendszer finanszírozásának forrásai és makroösszefüggései.] Kórház, 2000, 7(5), 17–30. [Hungarian]
- [20] Bordás, I.: Do we need a privatisation of hospitals? [Kell-e nekünk kórházprivatizáció?] Kórház, 2005, 11(1–2), 45–48. [Hungarian]
- [21] Ministry of National Resources – Secretary of State for Healthcare: Reanimated healthcare, healing Hungary – Semmelweis Plan for safeguarding healthcare. [Nemzeti Erőforrás Minisztérium – Egészségügyért Felelős Államtitkárság: Újracsztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére.] Szakmai Koncepció, 2011. <http://www.nefmi.gov.hu/download.php?docID=2650> [Hungarian]
- [22] Dankó, D., Kiss, N., Molnár, M. P., et al.: The impact of the performance-volume cap on hospital behaviour, in the context of DRG-based financing I–II. [A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában I–II.] IME, 2006, 5(8), 20–28; 2006, 5(9), 5–12. [Hungarian]

- [23] *Bordás, I.*: The impact study of “HBCs” version 4.3. [A HBCs 4.3 hatástanulmánya.] *Egészségügyi Menedzsment*, 2001, 3(2), 26–28. [Hungarian]
- [24] *Bordás, I.*: What do DRG case weights mean? [Mit fejeznek ki a HBCs súlyszámok?] *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1999, 37(1), 44–52. [Hungarian]
- [25] *Bordás, I.*: The question of indirect cost split from a hospital point of view. [A közvetett költségek felosztásának vizsgálata kórházi szempontból.] *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2001, 39(2), 124–128. [Hungarian]
- [26] *Bordás, I.*: The informatical tasks of healthcare reform. [Az egészségügyi reform informatikai feladatai.] *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1993, 31(2), 178–183. [Hungarian]
- [27] *Bordás, I.*: Waiting lists in hospitals. [Várakozási sorok (várólisták) a kórházakban.] *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2006, 44(4–5–6), 65–72. [Hungarian]
- [28] *The King's Fund*: Clinical commissioning: what can we learn from previous commissioning models? <http://www.kingsfund.org.uk/topics/nhs-reform/white-paper/gp-commissioning>
- [29] *Dózsa, C.*: The experiences and incentive effects of financing techniques in the public reimbursement of healthcare services in Hungary. [A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és ösztönző hatásai a hazai egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozásában.] *IME*, 2005, 4(4), 18–22. [Hungarian]

(Babarczy Balázs,  
*Budapest*, Fogaskerekű u. 10., 1125  
 e-mail: babarczy.balazs@aek.hu)

## Tisztelt Szerzőink, Olvasóink!

Az Orvosi Hetilapban megjelenő/megjelent közlemények elérhetőségére több lehetőség kínálkozik.

Rendelhető különnyomat, melynek áráról bővebben a [www.akkrt.hu](http://www.akkrt.hu) honlapon (Folyóirat Szerzőknek, Különnyomat menüpont alatt) vagy Szerkesztőségünkben tájékozódhatnak.

A közlemények megvásárolhatók pdf-formátumban is, illetve igényelhető Optional Open Article ([www.openart.com](http://www.openart.com)).

Adott díj ellenében az online közlemények bárki számára hozzáférhetők honlapunkon (a közlemények külön linket kapnak, így más oldalról is linkezhetővé válnak).

Bővebb információ a [hirdetes@akkrt.hu](mailto:hirdetes@akkrt.hu) címen vagy különnyomat rendelése esetén a Szerkesztőségtől kérhető.