

**Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar**  
**Doktor Iskola**

**DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉZISEI**

**A magyar egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi  
szabályozása**

**DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉZISEI**

**Konzulens: Prof. Dr. Hajdú József**

**Írta: dr. Homicskó Árpád Olivér**

**Szeged, 2008**

## A téma aktualitása

A második világháborút követően megalakult az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ), és ennek egyik fontos szakosított szervezete az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ). Az Egészségügyi Világszervezet alkotmánya rögzítette az egészség fogalmát, és kimondta, hogy az egészség a testi, lelki és szociális jóllét, és nem csupán a betegségek hiánya. Kimondta továbbá, hogy az egészség az egyén és az állam együttműködésén alapuló alapvető emberi jog, és egyéni, valamint társadalmi érték, valamint hogy a kormányok felelősek a megfelelő egészségügyi és szociális ellátás biztosításáért. Minden országban szembe kell azonban nézni azzal, hogy az orvosilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető között egyre szélesebb szakadék tátong. Ez a szegényebb, rosszabb gazdasági helyzetben lévő országokat jobban érinti, mint a gazdagabb, jobb gazdasági helyzetben lévő országokat, amelyek a bruttó nemzeti összterméküknek nagyobb hányadát tudják a korszerű egészségügyi rendszer fenntartására fordítani. Meg kell azonban azt is jegyezni, hogy minél szegényebb egy ország, annál betegebbek a lakosai, vagyis annál magasabbak az ellátás iránt támasztott objektív igények, és ennek kielégítéséhez több pénz kell, mint egy egészségesebb lakosság estén. Ugyanez vonatkozik egy adott országon belül a különböző gazdasági fejlettségű régiókra, vagy az egymástól eltérő szociális csoportokra. A megoldatlan szociális problémák egy része is az egészségügyi ellátórendszert terhelik. A szegény országokban éppen a szociális problémák indokolják, hogy az egészségpolitika a hozzáférhetőséget preferálja a minőség előtt, hiszen az ellátásnak elsősorban a tömegesen előforduló és fennálló betegségeket, a népbetegségeket kell megoldania. Az államnak nem könnyű a helyzete, hiszen az egészséghez való jog biztosítása a legtöbb országban az egyik legfontosabb alkotmányos kötelezettsége, amelyet az államnak a hozzáférhetőséggel kell alapvetően biztosítania, annak ellenére, hogy anyagi felelősségvállalását csökkenteni igyekszik.

Amikor Magyarországon az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jobb megoldása érdekében felvetették az 1980-as években az Egyesült Államokban bevezetett irányított betegellátás modelljét, olyan eszközt kerestek, amellyel egyszerre lehet elérni az ellátás minőségének és hozzáférhetőségének javítását, valamint az ugrásszerűen növekvő költségek mérséklését. Az irányított betegellátási szervezetek a költségek mérséklésében kétségkívül számottevő eredményeket tudtak felmutatni. Ez pozitív megítélés alá esett a finanszírozók szemszögéből. A másik két kitűzött cél megközelítése még várat magára.

Hazánkban is meg-megújuló erővel jelentkezik egy sokarcú és erőteljes irányzat, amelynek célja a piaci viszonyok kiterjesztése az egészségügyi ellátás minél szélesebb területeire. Ennek az irányzatnak „természetes” szövetségeseként jelentkezik az irányított egészségügyi ellátás elterjesztését szorgalmazók mozgalma. A két – a jelenlegi kormányzat által is sokáig prioritásként kezelt – törekvés együttesen, akár az eredeti politikai szándéktól függetlenül is, rövid úton átveheti a kezdeményezést a közhatalom – állam, önkormányzat - intézményeitől az egészségügyi ellátás szervezésében, sőt finanszírozásában is.

Ez sajátos helyzethez vezethet, különösen, miután ma még nem alakult ki a jól működő egészségügyi piac „fogyasztói” érdekvédelmi rendszere Magyarországon, és a megrendült társadalmi helyzetű orvosi testület sem képes hitelesen és hatékonyan betölteni a beteg érdekében fellépő „szószóló” szerepét. Pedig az Egyesült államokbeli tapasztalatok arra figyelmeztetnek, hogy az irányított egészségügyi ellátás szabályozatlan és ellenőrizetlen terjedése és összefonódása a befektetői tulajdonnal nagyon kedvezőtlen következményekkel járhat még egy elsődlegesen egyéni felelősségre és biztosításra alapozott egészségügyi ellátási rendszerben is.

### **A kutatás célkitűzései**

Jelen értekezés elsődleges célja, hogy megkísérelje az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozását bemutatni. A jogi szabályozás mellett azonban figyelemmel kell lenni a demográfia, a szociológiai és a közgazdaságtani elvekre is. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozási területe nehezen behatárolható, értekezésemben azonban megvonnom a határokat. Hazánkban az egészségügyi szervezés kérdéskörével elsősorban a közgazdászok foglalkoznak. Célkitűzésem ezért is újszerű, mivel megpróbáltam leírni azokat a szempontokat, amelyeket a jogi szabályozás szempontjából kiindulópontnak lehet tekinteni. Természetesen a közgazdasági háttér által használt fogalmak ismerete nélkül a jogi szabályozás bemutatása nem lenne teljes értékű. Álláspontom szerint Magyarországon az egészségügyi jog igazgatási szempontú oktatásának erősítésére lenne szükség, hasonlóan Franciaországhoz, ahol az egészségügyi igazgatás önálló tudományterületként van jelen. Értekezésem a magyar egészségügyi jogi szabályozásra terjed ki, a nemzetközi ismeretekre csak utalások történnek. Céloom ezzel az, hogy felhívjam a figyelmet az önálló egészségügyi jogi diszciplína megerősítésére.

Az elemzés során a kiindulópontjaim a magyar lakosság egészségi állapotában, az egészségügyi ellátás eloszlásában, hozzáférhetőségében, az egészségügyi források

elosztásában és a teherviselésben meglévő szabályozási elemek voltak. A fő területek, amiket vizsgálat alá vontam **1)** a vezetési és irányítási módszerek (állami szereplők és az önkormányzatok), **2)** a szolgáltatói struktúra, **3)** a finanszírozás, valamint **4)** a fogyasztói attitűdök és elvárások.

Az egészségügyi szolgáltatások része minden olyan intézmény, illetve szakember, amelyek, illetve akik egészségvédelmet, betegség-megelőzést, gyógyítást, ápolást és rehabilitációt végeznek tekintet nélkül tulajdonosukra, illetve jogállásukra. Az egészségügyi ellátás különböző szintjein elhelyezkedő egészségügyi szolgáltatókkal szemben alapvető szakmapolitikai követelmények vannak, melyek a prevenció előtérbe helyezésén, az alapellátás szerepének megerősítésén és a progresszív ellátás elvén alapulnak. Az egészségügyi szolgáltatások vonatkozásában Magyarországon megkülönböztethető a **1)** közszolgáltatások rendszere (az állam, az önkormányzat, egyházak, alapítványok működtetik őket), illetve a **2)** magánszolgáltatások rendszere (gazdasági társaságok működtetik). Léteznek **3)** vegyes szolgáltatású rendszerek, amikor a fenntartó intézmény közszolgálati szerv, de az általa fenntartott intézményt a gazdasági szervezetekre irányadó formában működtetik. Az egészségügyi szolgáltatások technikai és technológiai lehetősége messze túlhaladja a gazdasági korlátokat. A hozzáférhetőség, az esélyegyenlőség és a minőség együttesen még a legfejlettebb és leggazdagabb országokban is csak tendencia jellegűen érvényesül.

Jelen dolgozat célkitűzése továbbá az egészségügyi szolgáltatások nyújtásakor irányadó szabályozási keretek meghatározása. A tényleges ismert szabályösszességből ennek során kiemelten kerül elemzésre az egészségügyi szolgáltatások rendszere szempontjából az alapellátás, a járóbeteg ellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás. Az általam választott megközelítés kettős: egyrészt az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának jogi szabályozása szempontjából meghatározó jelentőségű szereplők bemutatása, másrészt magának az egészségügyi szolgáltatóknak a jellemzése. Ismertetem az egészségügyi szabályozás jelen állása szerint elfogadott legfontosabb tudományos eredményeket, amelyek meggyőződésem szerint a jogi megoldások vizsgálatában is szerepet kell, hogy játszanak. Az egészségügyi kutatás társadalomtudományi eredményeit nagyobb mértékben lenne szükséges és indokolt figyelembe venni.

Értekezésemben az első vizsgálati szempont a jogi szabályozás szempontjából a kialakult közigazgatási struktúrának a bemutatása volt, tekintettel arra, hogy minden állam legfontosabb szerepköre a szabályozásban foglalható össze. Az egészségügyi szolgáltatások jogi szabályozásának középpontjában az állam, mint igazgatási szereplő van jelen. Az állam feladata, hogy kialakítsa azt az egészségügyi szolgáltató rendszert, amelyben az egészségügyi

ellátás nyújtásáról gondoskodik. Az állam nem vonulhat ugyanis ki az egészségügyi ellátások megszervezésének és szabályozási kereteinek megalkotásának területéről. Az állam alkotmányos kötelezettségeinek konkrét, tényleges érvényesülését a közhatalmi szervek valósítják meg. A közhatalmi szervek körében külön vizsgálendő a központi közhatalmi szervek szabályozó szerepe, ezenkívül az egészségbiztosító szerepe, valamint a helyi-települési önkormányzatok szerepe az egészségügyi ellátáshoz való jog érvényesülése szempontjából. Az első fejezetben leíró-dogmatikai elemző módszerrel mutatom be azokat a szereplőket és kérdéseket, amelyekre a szabályozó hatóságnak a szabályozáskor figyelemmel kell lennie.

A második fejezet mutatja be azokat a szereplőket (alapellátás, járóbeteg-ellátás és fekvőbeteg-ellátás), akikre az ellátásszervezés irányul, akiknek a működését az ellátásszervezés konkrétan érinti. Tekintettel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatások rendszere csak összefüggésében vizsgálható, részletesen elemzem az alapellátást, mint kiindulási alapot. Ennek az is az indoka, hogy meglátásom szerint az alapellátás rendszerének nagyobb szerepet kellene kapnia a mai magyar egészségügyi szolgáltatások rendszerében. Ezt követően az alapellátást követő járóbeteg ellátás rendszerét elemzem. Bemutatásra kerül a fekvőbeteg ellátás rendszere is az értekezésben. Külön kitérek a betegutak koordinációjának kérdésére, tekintettel arra, hogy ennek jelentősége nem hagyható figyelmen kívül egy hatékonyan működő és működtetett egészségügyi rendszerben. Önálló egységben szerepel az egynapos beavatkozások rendszere, mint lehetőség a jogalkotó számára a rutinszerű beavatkozások elvégzésére. A fejezet részben leíró-dogmatikai elemzés, részben kritikai-javaslattevő módszerrel készült.

A harmadik fejezet a finanszírozás oldaláról közelíti meg az egészségügyi szolgáltatások nyújtását, bemutatva, hogyan történik a pénzügyi fedezet biztosítása az eltérő szolgáltatási szintek szempontjából. Egyrészt az általános alapvetéseket tartalmazza, amelyek minden egészségügyi ellátó rendszer kialakításakor figyelembeveendő, másrészt ismertettem a konkrét szabályozást, majd ebben a fejezetben kerül bemutatásra a Magyarországon 1999-ben kialakításra került, és azóta is fontos szerepet betöltő Irányított Betegellátási Modellkísérlet is. Ez a fejezet részben leíró, részben kritikai elemző módszerrel készült. Ez a fejezet segíti a megértést az új egészségbiztosítási törvény elemzése szempontjából is.

A negyedik fejezetben kerül bemutatásra az Irányított Betegellátási modellkísérlet, amely kiindulási pontként szolgált az egészségügyi reformtörekvések során. A negyedik fejezet szintetizáló-elemző módszerrel kísérli meg olyan következtetések levonását, amelyek a jogalkotás számára hasznos támpontok lehetnek az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának

jogi szabályozása esetében is. Ez a fejezet egyrészt bemutatja azokat a szabályozási elemeket, és törekvéseket, amelyekre tekintettel kellett lenni akkor, amikor az egészségbiztosítás átalakítását és működését vizsgáljuk, másrészt pedig bemutatja a 2008-ban elfogadott, majd később visszavont egészségbiztosítási rendszer elemeit. Ez a fejezet elemző módszerrel igyekszik kiemelni azokat a szempontokat, amelyek támpontokat adhatnak a jövőben abban a tekintetben, hogy milyen tényezők vizsgálata fontos, ha az egészségbiztosítás rendszerét átkívánjuk alakítani.

Az egészségügyi rendszerek általános problémája a rendszer fenntarthatóságának biztosítása. Az egészségbiztosítási fedezet finanszírozásának főbb forrásai tekintetében egyrészt a közfinanszírozás emelhető ki, amelyben az egészségbiztosítás az állam által beszedett adókból, vagy a jövedelem arányos, célzott adókból, például társadalombiztosítási járulékból finanszírozott, másrészt a magán-egészségbiztosítás, amelyben egy definiált szolgáltatási körre irányuló szolgáltatás biztosításáról van szó, amely privát (nem jövedelemfüggő) fizetésből (biztosítási díj) kerül kigazdálkodásra egy biztosító által létrehozott kockázatközösség keretein belül. A biztosítás tartalma általában előre szerződésben meghatározott a biztosított, illetve a biztosító között, amely a fizetés vagy az egészségügyi ellátásra vonatkozó fedezet módját és feltételeit rögzíti. A két alapvető finanszírozási mód sehol sem működik kizárólagos jelleggel. A magán egészségbiztosítás szolgáltatások körében való részvétel többnyire szabadon választott, sok esetben munkakör függőek. Lehetséges kötelező, alap-magánbiztosítás, vagy kötelező magán egészségbiztosítást kell kötniük azoknak a társadalmi csoportoknak, akik kilépnek a szociális rendszer szolgáltatásaiból. Létezik olyan megoldás, amelyben az egyén részére a szociális rendszer köz-egészségbiztosítás nyújt egy alapvető csomagra, ilyenkor a magán egészségbiztosítás kiegészítő szolgáltatásokra specializálódott, olyan rizikókra nyújt fedezetet, amelyeket a köz- vagy alapvető biztosítási csomag nem tartalmaz. Általánosságban elmondható, hogy az alap koncepció többségében az, hogy az egészségügy állami vagy egyéb közfinanszírozásból (biztosítás) finanszírozott és jellegét tekintve, minden lakos számára igyekszik hozzáférést biztosítani, a fizetési képességtől függetlenül. A vegyes rendszerekben a magán egészségbiztosításnak különböző szerepe lehet a rendszer finanszírozásában. A közfinanszírozásból való kiengedés lehetősége, és a helyettesítő magánbiztosítás megkötésének lehetősége jelenleg nem prioritás az egészségpolitikusok számára. A kötelező szolgáltatások körének explicit csökkentése növelheti az igényt a kiegészítő biztosítások körének növekedésére, míg a kevésbé nyilvánvaló csökkenés lehet, hogy növeli a pótlólagos-biztosítások körét. Ugyanakkor megfigyelhető, hogy a kötelező társadalombiztosítási

rendszerből egyes kockázatokat kizárnak a közfinanszírozás köréből (pl. extrém sportok, versenysport).

Az egészségügyi rendszerekre és a magyarra is általában jellemző a szereplők (beteg, szolgáltató, finanszírozó) érdekeinek ellentmondásossága:

- a beteg a legjobb szolgáltatást szeretné, de fizetni nem szeretne vagy tényleg nem képes érte;
- a szolgáltató szektorban nonprofititás a jellemző, közellátási felelősséggel, a köztulajdonosi érdek meghatározása és a tulajdonosi számonkérés jellemzően politikailag motivált, szakmailag gyenge;
- a finanszírozó állami - közjogias szabályozású - monopóliuma: puha költségvetési korláttal, hiányzó menedzsment ösztönzőkkel, erős politikai motivációkkal.

Az egészségügyi rendszerekben egyre nagyobb mértékben igyekeznek versenyelemeket beépíteni, még akkor is, ha az adott egészségügyi rendszer alapvetően állami adóalapú, vagy társadalombiztosítási alapú. A piaci alapú, azaz érdekeltségeket tartalmazó elemek kedvező hatást gyakorolnak a működésre, a széleskörű ellátásra vonatkozó állami felelősségvállalás biztonságossá teszi az ellátást. Az egészségügyi rendszerek, bár a világon mindenhol eltérőek, közös elveken alapulnak. Ezek a szolidaritás, a méltányosság és az általánosság. A nemzeti rendszerek adottságaitól és az adott népegészségügyi kihívásoktól, valamint a belső piac és a közösségi szabályozók hatásaitól függ egy adott ország egészségügyi rendszere, ami miatt számos egyedi vonást tartalmaznak. Az egészségügyi rendszer fenti, klasszikus értelemben vett szereplői mellett szokás megemlíteni a beszállító, zömében for-profit vállalkozásokat (pl. gyógyszer gyártók és forgalmazók).

Értekezésemben az egészségügyben lezajlott átalakítási folyamatokat, és az elfogadott, majd később visszavont egészségbiztosítási törvényt is elemzem. Az elemzés során azt a következtetést lehetett levonni, hogy az egészségügyi rendszer alakítóinak szándéka egy már korábban létezett lehetséges megoldási mód, az irányított betegellátási modellkísérlet (IBM) keretében kipróbálásra került modell továbbfejlesztett változatának a megváltozott körülményekhez igazítása mentén került volna kialakításra. Az IBM célja a rendelkezésre álló források hatékonyabb felhasználásával magasabb színvonalú ellátás biztosítása volt. Alapvető elképzelés volt ugyanis, hogy az amerikai típusú managed care és az angol típusú fundholding rendszer előnyei kerüljenek beépítésre a magyar egészségügybe. Azonban a magyar irányított betegellátási rendszer nem managed care modell és nem fundholding modell, hanem jól körülhatárolt jellemzőkkel rendelkező saját rendszer. A magyar irányított betegellátási modellkísérlet célja a valós ellátási szükséglet meghatározása volt, a rendelkezésre álló erőforrások hatékonyabb felhasználása mellett az érintett lakosság

egészségügyi ellátásának legalább a korábbival azonos szintű, vagy annál jobb biztosításával, a prevenciós programok révén pedig a lakosság egészségi állapotának javítása révén. Az irányított betegellátási rendszer lényegében nem más, mint az ellátásszervezőket, a velük szerződést kötött házi orvosokat, és házi gyermekorvosokat, a hozzájuk bejelentkezett és adataik ellátásszervező általi kezelését meg nem tiltó biztosítottakat, és a részükre egészségügyi ellátásokat nyújtó egészségügyi szolgáltatókat magában foglaló, a kötelező egészségbiztosítási rendszer keretei között működő alternatív rendszer.

## Összefoglaló megállapítások, tézisek

**I. Tézis: *Magyarországon az államnak az Alkotmányból eredő kötelessége, hogy a népesség számára az egészség megőrzést, illetve helyreállítását az egészségügyi ellátórendszeren keresztül megfelelő keretek között hozzáférhetővé tegye.***

Ez az Alkotmányos kötelezettség határozza meg az egészségpolitika cél-, feladat-, és eszközrendszerét Magyarországon. Az állam ugyanis Magyarországon is felelős a lakosság egészségi állapotáért. Az egészség állapot megőrzése céljából az államnak ki kell alakítania a szükséges feltételrendszert, amely révén elérhetővé válik a közösségek és az egyének számára az egészségi állapotuk megőrzése, védelme és fejlesztése, valamint ha szükségessé válik, abban az esetben lehetséges mértékű helyreállítása is. A jogi szabályozás szempontjából fontos annak rögzítése, hogy az állam feladata többek között, hogy az egészségügy és az egészségbiztosítás működéséhez a megfelelő jogi kereteket kialakítsa, és azt a változó körülményekhez igazítsa a piacgazdaság és a demokrácia intézményeivel összhangban. Az egészségügyi rendszert egyfelől a szoros értelemben vett egészségügyi ágazati normák, másfelől pedig az egészségügyi rendszer működésének társadalmi-gazdasági környezetét meghatározó jogszabályok alakítják. Az államnak a szabályozó feladatot kell betöltenie, amelytől meg kell különböztetni az egészségügyi szolgáltatások területén található szolgáltatói és finanszírozó szerepeket. Az egészségügyi intézmények a rendszer olyan alapelemei, amelyeken keresztül megvalósítják a kitűzött célokat és elképzeléseket, amelyek konkrétan és effektíven találkoznak a lakossággal, amelyben a gyakorlati szolgáltatások, ellátások megtörténnek. Az elemzésből megállapítható, hogy az állam szerepe nélkülözhetetlen az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának szabályozása szempontjából. A feldolgozott Alkotmánybírósági határozatok egyértelműen rögzítették azt, hogy Magyarországon milyen széles értelemben kell értelmezni az egészségügyi ellátáshoz való



alkotmányos jogot. *A kutatás eredményeként és következtetésként megállapítható hogy az állam nem vonulhat ki az egészségügyi ellátás megszervezéséből, az mindenkor az ő kötelezettsége, ugyanakkor arra lehetősége van az államnak, hogy ennek kereteit megállapítsa, és az általa elérti kívánt célnak megfelelően alakítsa azt ki.*

**II. Tézis:** *Az önkormányzatokat az egészségügyi ellátás megszervezése körében terhelő kötelezettségek törvényi meghatározása a lehető legmagasabb szintű egészséghez való alapvető jog megvalósulásának az egyik legfontosabb jogi biztosító.*

Azzal, hogy a finanszírozási szerződésektől függenek a helyi önkormányzatok kötelezően ellátandó feladatai, gyakorlatilag megszűnik a kötelezően ellátandó feladat előírásának garancia jellege. A törvényhozás ezzel lehetőséget ad arra, hogy kizárólag a finanszírozásban érdekelt szervek aktuális gazdasági érdekei határozzák meg azt, hogy mely területeken működjenek egészségügyi szakellátást, járó- és fekvőbeteg ellátást nyújtó intézmények, és azok milyen egészségügyi szolgáltatásokat nyújtsanak. Ez magában hordozza annak valós veszélyét, hogy egyes területeken az ott élők ellátás nélkül maradjanak. A települési önkormányzatok egészségügyben betöltött szerepét három csoportba lehet besorolni: **1)** saját egészségpolitikájuknak kialakítása; **2)** ellátási felelősségüknek eleget tenni; és **3)** egészségügyi intézmények fenntartása. Az **első** fontos feladatuk saját egészségpolitikájuknak a kialakítása, amellyel törekszenek a területükön élők egészségi állapotának javítására, az egészségi állapotot veszélyeztető kockázati tényezők befolyásolására. A **második** feladat a területükön élő lakosság közös érdekeinek képviselőjeként ellátási felelősségüknek eleget tenni, ami az alapvető egészségügyi szükségletek felmérésére és az egészségügyi ellátás feltételeinek ehhez igazítására is kiterjed. **Harmadrészt** pedig a helyi-települési önkormányzatok sokszor az egészségügyi intézmények tulajdonosai is (amelyeknek gazdaságos működtetésében ők is érdekeltek).

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása megoszlik az Egészségbiztosító Pénztár és a települési-területi önkormányzatok között. A települési-területi önkormányzatok általában az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézményeknek a fenntartói, az ő felelősségük, hogy zavarmentesen biztosítva legyen a területükön élők számára az egészségügyi ellátások igénybevételenek a lehetősége, amennyiben betegségük miatt azt igénybe kell venniük. Ennek egy nagyon fontos kelléke a finanszírozási szerződés. A közegészségügyi szolgáltatók ugyanis csak érvényes finanszírozási szerződések alapján tarthatnak igényt az ellátott betegek után járó egészségbiztosítási díjazásra, ami azonban nem tartalmazza az intézmények és az eszközállomány amortizációs költségeit. Azt az önkormányzatnak, mint fenntartónak kell biztosítania. Ebből látható, hogy az önkormányzati finanszírozás általános rendszere és az

egészségügy finanszírozása nincs összehangolva. Azokra a feladatokra, amelyeket a törvény előír az önkormányzatoknak, arra központi normatívát kapnak a központi költségvetésből. Azonban az egészségügyi infrastruktúra fenntartására és fejlesztésére nincs ilyen központi normatíva. Vagyis előáll az a helyzet, hogy adott esetben az önkormányzat köteles gondoskodni az egészségügyi alapellátásokról a helyi önkormányzatokról szóló törvény szerint, azonban az ehhez szükséges anyagi forrásokat nem kapja maradéktalanul meg. Amennyiben viszont nem teljesíti a törvényben előírt kötelezettségét, abban az esetben jogsértést követ el, annak jogi következményeiért pedig köteles helytállni. A területi ellátási kötelezettség körében az egészségügyi intézmény fenntartója köteles biztosítani az általa fenntartott egészségügyi intézményben az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges szakmai feltételeket, valamint az egészségügyi intézmény működőképességét és fejlesztését. Az önkormányzati feladat-ellátási szabadság azonban nem minden korlát nélküli, hiszen a helyi közügyek önálló szabályozásának, gyakorlásának és biztosításának joga a törvények keretei között illeti meg az önkormányzatot is, azzal, hogy döntését kizárólag az Alkotmánybíróság illetve a bíróság bírálhatja felül, de csak akkor, ha az jogszabályt sért. Természetesen ez azt is jelenti, hogy az önkormányzat a kötelező feladat ellátása tekintetében nem mérlegelhet, mint ahogyan az az önként vállalt feladatoknál természetes. Az önkormányzati döntési szabadság e körben csupán arra terjedhet ki, hogy kötelezettségének milyen módon tesz eleget. *A kutatás eredményeként és következtetésként megállapítható, hogy a kötelező feladatok köre – mint helyi közügyek – a lakosság széles körét érintik, a jogszabályi feltételek megtartása mellett az önkormányzat akkor jár el helyesen, ha figyelemmel van a lakosság tényleges szükségleteire és igényeire is. Ez azzal is járhat, hogy a kötelező feladatokon belül egyesek kiemelten figyelmet kapnak, mások ellátása során viszont a jogszabályokban, szakmai szabályokban rögzített minimum teljesítésére vállalkoznak.*

**III. Tézis:** *Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása tekintetében a magán források nagyobb mértékben történő bevonásával történő finanszírozás a jövőben, hazánkban is elkerülhetetlené válik.*

Ennek a tézisnek az alátámasztására az értekezésemben a jövőbeli magánbiztosítás lehetőségeit, és azok jogi aspektusait vizsgáltam. Az egészségügyi szolgáltatásoknak a kötelező egészségbiztosítás keretében történő finanszírozása jelentősen befolyásolhatja, hogy a kiegészítő szolgáltatások tartalmát, milyen mértékben lehet elkülöníteni, és finanszírozni. Ebből a szempontból megvizsgálva a szolgáltatói finanszírozások típusait, két fő megállapítást lehet tenni. Minél inkább teljesítményelvű a finanszírozás, tételesen elkülönítve

és nyilvántartva a diagnosztikai vizsgálatokat, beavatkozásokat, műtéteket, stb. annál könnyebb a közfinanszírozás tartalmát, valamint az ezt kiegészítő, vagy ezen kívüli szolgáltatások tartalmát meghatározni. Ezzel ellentétben, minél inkább átlagos finanszírozásról, éves, vagy havi fix összegű feladat, illetve rendelkezésre állási finanszírozásról van szó, annál nehezebb az ezen a körön kívüli szolgáltatásokat meghatározni és kiegészítő technikákkal finanszírozni.

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának a sikeressége és az eredményessége elsősorban azon múlt volna a tervezett egészségügyi átalakítások során, hogy a biztosítók képesek lettek volna-e, és amennyiben igen, milyen mértékben lettek volna képesek befolyásolni az egészségügyi rendszer szereplőinek magatartását. A kontroll eszközeinek jelentősége elvitathatatlan lett volna, ezek megfelelő alkalmazása szavatolhatta volna, hogy az esetlegesen piacra lépő magánbiztosítók sikerrel tudták volna kiaknázni a hazai egészségügyben rejlő piaci lehetőségeket. Fontos kérdés volt, hogy a kontroll eszköztárának megfelelő működtetése, annak szükségessége és a központi szabályozás milyen relációban állt volna egymással. A központi szabályozás elengedhetetlen feltétele lett volna az, hogy a biztosítók képesek lettek volna-e kontrollt gyakorolni az ellátók felett. A szabályozás azonban csupán előíró jellegű lett volna és nem lett volna elvárható tőle, hogy biztosítsa az anomáliáktól mentes egészségügyi ellátást. *A kutatás eredményeként és következtetésként megállapítható vált egyrészt, hogy a központi szabályozás előírhatott volna bizonyos megtartandó kereteket, amelyek tényleges megtartásának eszközeit a biztosítóknak kellett volna a saját érdekében működtetniük, másrészt a központi szabályozástól meg kellett volna követelni azon peremfeltételeket létrehozását, melyek lehetővé tették volna a kontroll eszközeinek implementálását a gyakorlatba. A központi szabályozás előbbi szerepét példázta a szakmai irányelveknek megfelelő orvos szakmai tevékenység előírása, az utóbbira pedig példát szolgáltatott az adatokkal való gazdálkodás szabályainak tisztázása.*

**IV. Tézis:** *A tervezett egészségügy-finanszírozási modell kialakításakor ("több-biztosítós modell") szilárd és konzisztens jogszabályi alapokra lett volna szükség.*

Ez jelenthetett volna törvényi szintű keretjogszabályt. A megalkotandó kerettörvénynek kellett volna tartalmaznia a lehetséges intézménytulajdonosok (így a helyi önkormányzatok, az állam, a magánszféra), az ellátó intézmények, a biztosítók és az intézményi keretrendszer egyéb szereplőinek jogait, kötelességeit és felelősségeit, a működésükhöz szükséges kompetenciákat, illetve együttműködésük elvárt módját. Különösen fontos lett volna, hogy a biztosítók tudják, milyen feltételek mellett nyújthatnak

egészségbiztosítási szolgáltatásokat, és mely tevékenységek minősülnek összeférhetetlennek. Fontos lett volna elkülöníteni a kezdeti szabályozási keret kialakítását, illetve a későbbi módosítások folyamatának szabályozását. *A kutatás eredményeként és következtetésként megállapítható vált, hogy mivel rendkívül komplex szolgáltatásról van szó ezen a piacon, ezért előzetesen szinte lehetetlen lett volna a leghatékonyabb szabályozási környezet kialakítása, így az utólagos módosítások nagy valószínűséggel szükségesek lettek volna. Ennek a folyamatát azonban előre szükséges lett volna rögzíteni, hogy ezáltal átlátható legyen a kitűzött feladat és az elérendő cél.*

Szeged, 2008. október

#### **Az értekezés témakörével összefüggő publikációk jegyzéke**

- 1) A társadalombiztosítás szabályozásának alakulása a kezdetektől 1950-ig. 2004. Acta Jur. et Pol. Szeged Publicationes Doctorandorum Juridicorum Tomus IV. Fasc. 9.; 283-320. p.
- 2) A fekvőbeteg-finanszírozás alapkérdései a magyar egészségügyben. 2005. Acta Jur. Et Pol. Szeged Publicationes Doctorandorum Juridicorum Tomus V. Fasc. 5. 103-135. p.
- 3) A magyar egészségügyi rendszer igazgatási szervezete. Jogelméleti Szemle 2007. évi I. szám. <http://jesz.ajk.elte.hu/homicsko29.mht>
- 4) Az egészségügyi szolgáltatások jogi szabályozása. Jogelméleti Szemle 2007. évi II. szám. <http://jesz.ajk.elte.hu/homicsko30.html>
- 5) Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásának alapvető kérdései. Jogelméleti Szemle 2007. évi III. szám. <http://jesz.ajk.elte.hu/homicsko31.mht>
- 6) Az egészségügyi ellátórendszer igazgatási szervezete. Collega, Jogi szakmai folyóirat, XI. évfolyam 2007. évi 2-3. szám Jogász Doktoranduszok Országos Szakmai Találkozója 2007. március 31., Budapest, 37-42. p.

**University of Szeged, Faculty of Law**

**Judicial regulation of the Hungarian health  
providers**

**Summary of the doctoral thesis**

**Dr Arpad Oliver Homicsko  
2008**

The United Nations (UN) and one of its most important governing bodies, the World Health Organization (WHO) were founded world war two. The constitution of the WHO

clearly declared that health is the physical, psychological and social well being of humans and not only the lack of diseases. Furthermore, it also declared that health is a basic human right based on the interactions of individuals and the state, it is a personal value but also a value for the society and the governments are responsible for the adequate health and social services. However, in virtually all countries the governments are faced with an increasing gap between the medically possible and financially services. This gap is more pronounced in the poor countries than in the more developed countries, which could increase their expenditure rate of their growth domestic product to meet increasing demands. The poorer a country is the more ill the population could be, increasing the objective need for better and more expensive health services than in more developed countries. The same is true for different regions or populations within the same state. The unsolved issues of social discrepancies also increase the pressure on health services. In poor countries the social problems explain why governments prefer the availability of health services to quality since the major problem is the treatment and prevention of common diseases. The states are in a difficult situation since health is one of the most basic human rights in constitutions and it should be provided by the correct availability the states are also trying to reduce their health related expenditures.

The government in Hungary came up with the long existing idea of directed health providers (that was invented in the 1980s in the United States of America) to solve both the problem of quality and availability of health services and reductions of health costs. The directed health providers could clearly show a reduction in health services related costs that was seen as a great achievement from the point of view of the financing bodies but at the price of failing quality and availability. It is a burning question whether these goals could be ever achieved. A new direction, the free market in health services is also trying to find its way in more and more wide parts of Hungarian health services. An almost natural ally to the free market health services is the system of the directed health providers. These new financing and health provider systems, supported by the current a Hungarian government, even independently from the original political aims could completely replace the government from its financing and organisational roles. This event is particularly dangerous since no non-governmental organisation (NGO) exist that would overlook the consumer rights of the population and also the regulating bodies of the medical professions were severely damaged.

In fact even in a non social security based country such as the USA the mixing of the free market health insurance system with the directed health providers without sufficient regulatory authorities could lead to devastating effects.

## **The aims of the study**

The primary goal of the current study is to present the judicial regulation of the Hungarian health provider system. Beside the law however one shouldn't forget about the demographic, social and economical aspects. It is difficult to circumscribe the regulations of the health providers but I will try to strictly define the borders. The organisation of the health system in Hungary seems to be viewed only from an economical point of view. The concept of this study is also original since it is also trying to find the basic components viewed from a judicial perspective. This description however cannot be complete without the use of economical basics. In my opinion the organisational aspect of the health and social law should be more emphasized in the Hungarian judicial education similarly to France where the health service governance is a science on its own.

This study focuses on the Hungarian health system and only few notes are added comparing the international experience to further underline the importance of the health law as a unique discipline. During my study the origins of the study were the existing regulations concerning the distribution, availability of health services and the distribution and provision of health financing. **The 4 main aspects of the study were:**

1. Operating and directing methods (state and local governmental officials)
2. The structure of the health providers
3. Financing
4. Consumer attitudes and expectations

Every institution and/or specialist is part of the health system which and/or who take part in prevention, treatment and rehabilitation regardless of their owners or position. There are special intentions at every level of the health system, which support the importance of prevention, the preference of the primary health providers and the progressive health services. One can differentiate two types of health providers in Hungary based on their ownership:

1. Public institutions (run by the state or local authorities, churches or foundations)
2. Private institutions.

There is also a third type of institutions, which are owned by the state but are functioning as private enterprises. The technological and technical possibilities of the health services are overwhelming the possibilities of the financing. Even in the most developed societies, the complete availability, equality and quality is only presented as an ultimate aim.

Another further objective of the current study is to describe the regulatory framework for the health service providers. Therefore the primary, out ward and in ward services were more meticulously studied within the general regulatory framework. The study has two major

point of views: the first is from the regulatory bodies and secondly from the regulated bodies. I will explain the most important results in the study of health service organisation, which in my view also has to be studied to thoroughly understand the health system. The results of medical research on the sociological effects of health systems should be integrated in our understanding.

Since the most important role of the modern state is the regulatory power and its regulatory bodies, as primary criteria, I also started to describe the regulatory bodies of the Hungarian State. In the regulation of health services the state is at a pivotal central position as an organizer. Its mayor role is to organize and structure the health service by which it provides health services. The state cannot withdraw from its organisational and regulatory roles. This constitutional obligation of the state is achieved via its regulatory bodies. Among the regulatory bodies special interest should be taken when studying the role of the central governing institutions, furthermore the central health insurer and the local governing bodies in regulating the right to health related services. In the first chapter I describe the participants and the questions in which the regulatory bodies should take into account in regulatory questions.

The second chapter describes the regulated partners in the health service network (primary care, out-ward/ambulatory and inward/ hospitalisation) whom are regulated and organised by the regulating bodies. I study in more details the primary care and its regulatory network, especially since this is the fundamental part of the Hungarian health system. I think in the future the primary care should have a more pronounced role in the Hungarian health system than today. I also explain the regulation of the out-ward/ambulatory health service and finally the hospitalisation/in ward service, which are interconnected in the health service and also at the regulatory levels. I detail the role of the integrated patient pathway, which cannot be overlooked in an efficiently organised health system. The question of the one-day surgery/treatment option is a separated issue in my thesis since it can be an efficient way for the health regulators in the organisation of routine services.

The third chapter studies the financing of the health system; it describes the way in which credit is created at the different levels of the health service. First it contains the theoretical background of all health system financing, secondly the Hungarian system is described, and finally I present the results of the Coordinated Patient Pathway Model study that was introduced in Hungary in 1999. This chapter helps in the understanding of the current Hungarian health insurance policies.



The fourth chapter describes the Coordinated Patient Pathway Model that was the basis of the latest reform modifications in the Hungarian health system. The fourth chapter analyzes the modifications in the health regulation reforms that can help in the future to better understand the judicial regulatory options. The chapter presents the approved and voted new regulations and laws and also the intentions that lead to their formulations. This can help in the better understanding how the intentions and hopes can be converted into actual laws and which perspectives should be taken in account in future health system reforms. These laws and regulations are the elements of the new health reform that was approved by the Hungarian government in 2008 and later removed. One of the constant problems of health systems is sustainability. In Hungary, the credit for the health systems is coming for two main sources: firstly from fix rate taxes from taxpayers or from targeted taxation. Secondly from private health insurance companies that give well defined health services from non taxed (fix prime insurance) within a well-defined risk group created by the insurance company. The service provided for the insurance prime is well defined and contractual. These two main sources are not exclusive in any countries. The private insurance is voluntary and often demanded by the employer. Those who leave the social health insurance are obliged to participate in basic private or obligatory private health insurances. It is also possible to participate in the social health system at a basic level why the additional health services are covered by a private health insurance. In general the basis of the system remains that the health system is financed by public sources and it allows equal treatment regardless ones finance status. In the mix systems the private health insurance can obtain several roles beside the public system. At the moment exiting from the public health system and participation in a private health care only is not a priority for most of the Hungarian health politicians. The reduction of obligatory services within the public health service can increase the use of parallel private health insurance packages. Another direction is the exclusion of certain high cost, high-risk groups from the public health insurance (extreme sports, professional sport). General properties of the health systems participants, including the Hungarian health system are often contradictory

- The patients are looking for the best available health services at the lowest or no costs
- The health service providers are non-profit, with an obligation for participation in the public health system. The goals and the control is often politically motivated with a low level of quality control
- The financing state is in monopole position with soft budget restrains, lacking management orientations and strong political motivations

In the modern health system more market elements are being incorporated even if the system remains socially based public health system. The market based, profit oriented elements have beneficial effect on the functioning of the health system while the public health system offers security. Although the health systems are different around the globe the basic principals are the same: solidarity, universality and grace. The health systems have differences because of several factors including; special national properties, public health problems, inner market specifications and local regulatory habits. Another element of the health systems is the not for-mentioned for-profit companies: drug companies and commercials.

In my thesis, I also analyze the approved and later withdrawn health insurance law. The basic concept of the new law was the modified version of the Coordinated Patient Pathway Model (IBM) adapted to a larger and modified population. The aim of IBM was to better organise and to improve the health service based on the available health budget. It was a founding concept that the American type “ managed care” and the British type “ fund-holding” systems should be incorporated into the Hungarian health system. However, the Hungarian system is not managed nor it is fund-holding type but a unique system. Real goal of IBM was to establish the real needs of the health system with a better efficiency, achieving the same or better quality and also using health prevention programs to improve general health. The IBM is a new alternative system within the existing health system that includes and organizes all the participants of the public health system: family doctors, paediatric family doctors, insured participants, health insurers and health service providers.

### **Overall findings of the thesis**

***1st thesis: In Hungary the state has constitutional obligation to provide adequate public health services and to promote health prevention through the function of the public health system***

This constitutional obligation determines the goals, the methods and privileges of the Hungarian health policy. For the health prevention and maintenance the state has to create the proper juridical environment, which will allow for individuals and for groups of the society to maintain, develop and defend their health and if required to do everything possible to achieve health again. It is the states responsibility to create the required juridical environment and to adopt it to the requirements of free market and democracy. The health system is from one side regulated by heath professional standards and from the other side regulations from the socioeconomic environment. The state has to be a regulatory body, which should be different

from its provider and financing roles. The health institutions are the effectors, which directly meet with the patients and provides services. It is clear that the role of the state is indispensable for the efficient regulation of the health service. The decisions of the Hungarian Constitutional Court clearly underlines the importance of the most wide possible participation of the Hungarian State in the health system.

**Therefore, I can conclude that the state cannot be removed from the organisation of the health service system, although it can modify it to the needs.**

***2nd thesis: the judicial obligations of the local governing bodies in the organisation of the health system are one of the most important pillars in the establishment of the right for health***

Since the roles of the local governing bodies depend on the financing contracts the obligations of the health services disappears. Therefore, it is allowed for the local governing bodies to organise their health service system based on actual economical interests. This would also permit the risk that at some point, in some of the regions, insured can be found without functioning health services. There are three separate roles of the local governing bodies: 1. Determining their health policy 2. Full fill their responsibility in providing health services 3. Maintenance of health institutions. They determine health policy by setting goals in improving the health of the local people and by reducing the risk factors influencing human health. Their responsibilities include: establishing the requirements of local health services and modifying the conditions of the health services. Finally the local governing bodies are often the owners of the health institutions.

The financing of the health services is shared by the Central Health Insurance and by the local governing bodies. The local governing bodies are responsible for the maintenance and for avoiding the disruption of the health service providers. The financing contract is an important tool in this interaction. The public health providers are financed upon valid financing contracts after their services provided, while the maintenance is not included and should be additionally provided by the local governing bodies. Therefore, it is obvious that the financing of health services and the financing of the local governing bodies are not well organised. The health service related obligations of the local governing bodies are paid by the state while no budget is available for maintenance and development of the health institutions. Law can penalize local governing bodies if no maintenance is done. The local governing

bodies have free right in organizing their health services but this right is not without limitations. The Constitutional Court and courts can override the decisions made, if local governing bodies don't obey the laws. This also means that the local governing bodies have almost no right to judge the obligatory health services and they can only decide the means achieving them.

**Therefore, I can conclude that the obligatory health services, as public services, are best served by local governing bodies if the needs and requirements of the populations served are followed. This would also mean that while some would receive only the minimal services others would benefit from extra services.**

***3rd thesis: The participation of private financing capital in the financing of future Hungarian health system is unavoidable***

This finding of my thesis is supported by the study of future private health insurance companies and of the judicial regulations of a newsystem including private funds. The financing of the health services within the obligatory health insurance system determines the levels and methods of the possible financing of the additional health services. Two main conclusions can be drawn. The more performance driven is the public health financing system, careful registry of the services given, the easier is to determine the boundaries of the public health system and the possibilities of additional health services. In contrast, the more general the financing is, yearly or monthly fix rate financing, the more difficult is to determine the possible additional services and their financing.

The success and efficiency of the new health financing system mainly depended on the capacity of the new insurance companies to influence the behaviour of the different participants of the health system. The control over the participants is fundamental to the success in the use of the Hungarian health system. However, the fine-tuning of the control of the private insurance companies parallel and within the context of the role of the state regulatory bodies is a very important issue. The proper control of the participants by insurance companies is pivotal for the regulation by central government. However, the regulations could have been only descriptive without the capacity to avoid anomalies within the health system.

**Therefore, I can conclude from this part of the study that firstly, the regulations of the new health system should have maintained certain frameworks, run by the new insurance companies for their own sake of good. Secondly, the government should have clearly defined the conditions and methods of control over the participants of the health system to create a practical and efficient system. The first role of the central regulations is shown by the determinations of the quality of the medical profession and the second role is underlined by the regulation of the data handling of the insured.**

***4th thesis: for the implementation of planned free market multi-insurer health system consistent and well founded judicial regulations would have been necessary.***

First the judicial framework should have created, which would have described the possible participants in the new health system (government, local governing bodies, private sector), the health providing establishments, the rights, obligations and responsibilities of the participants, the necessary competencies and the level and quality of the required co-operations. It would have been of particular importance to clearly define the conditions allowing private health insurance companies in providing services and services that would have been forbidden from them. It would have been important to clearly separate the creation of the framework program and procedure of the later modifications.

**Therefore, I can conclude that given the complex nature of the market of the health system, it would have been almost entirely impossible to create a perfect system at the first instance, therefore a well organised modification procedure should have been anticipated, already at the foundation of the new health system to create a clear system and to clearly establish the goals.**

### **Publications connected to the topic of the dissertation**

- 1) The development of the regulation of the Hungarian social security system from the beginning to 1950. 2004. Acta Jur. et Pol. Szeged Publicationes Doctorandorum Juridicorum Tomus IV. Fasc. 9.; 283-320. p.
- 2) The basic principle of regulation of finance on in-patient health care. 2005. Acta Jur. Et Pol. Szeged Publicationes Doctorandorum Juridicorum Tomus V. Fasc. 5. 103-135. p.

- 3) The administrative system on the Hungarian health care. Review of Theory of Law, 2007. year I. number. <http://jesz.ajk.elte.hu/homicsko29.mht>
- 4) The regulation of the Hungarian health care services. Review of Theory of Law 2007. year II. number. <http://jesz.ajk.elte.hu/homicsko30.html>
- 5) The basic principle of the financing of Hungarian health care services. Review of Theory of Law. 2007. year III. number. <http://jesz.ajk.elte.hu/homicsko31.mht>
- 6) The Hungarian health care system. Collega, Jogi szakmai folyóirat, XI. year 2007. year 2-3. number Jogász Doktoranduszok Országos Szakmai Találkozója 2007. március 31., Budapest, 37-42. p.

