

***Jogi szakvélemény az egészségügyi ellátási központokról szóló  
jogszabályok továbbfejlesztéséről – egységes szerkezetben  
Készült a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium megbízásából  
Aalen/München/Berlin im November 2020 (189 p.)***

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand\\_und\\_Weiterentwicklung\\_der\\_gesetzlichen\\_Regelungen\\_zu\\_MVZ.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Stand_und_Weiterentwicklung_der_gesetzlichen_Regelungen_zu_MVZ.pdf) ; <https://ppp-rae.de/news/gutachten-stand-und-weiterentwicklung-der-gesetzlichen-regelungen-zu-medizinischen-versorgungszentren-mvz/>

***Összegzés, eredmények, ajánlások***

A ***kötelező betegebiztosítás modernizációjáról szóló törvény (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)*** hatálybalépésével (2004. 01. 01.) a szerződött orvosi szolgáltatók új típusa lépett színre: az ***egészségügyi ellátási központ (medizinisches Versorgungszentrum – MVZ)***. Ez két új elemet hozott a rendszerbe: Ezek a központok alapmodelljük szerint a szakterületeket lefedő szolgáltatók, amelyeknél alkalmazotti státuszban működő orvosok dolgoznak. Egy ilyen szolgáltató intézmény szakít azzal az ambuláns ellátás területén érvényesülő dogmával, mely szerint a szolgáltatást a saját praxisukban működő önálló orvosok biztosítják. Másrészt a lehetséges tulajdonosok köre, amely korábban a szabadfoglalkozású orvosokra korlátozódott, a kötelező betegebiztosítás területén működő összes szolgáltatóra kiterjed. Így az engedélyezett kórházak és egészségházak ambuláns ellátási intézmények tulajdonosaivá válhatnak. És így az ambuláns ellátás a kórházakhoz hasonlóan megnyílik az „idegen” tulajdon, tehát olyan egészségügyi intézmények számára, amelyek tulajdonosai nem feltétlenül orvosok.

***Eredmények és ajánlások***

- 2018 végén 3.000 orvosi egészségügyi ellátási központ működött, ahol több mint 18.000 orvos biztosította a szolgáltatást. Az orvosi egészségügyi ellátási központok száma tovább növekedik, a szerződött orvosok és az engedélyezett kórházak egyformán aktív alapítók.
- Az egészségügyi ellátási központok egyrészt, valamint a közösségi praxisok vagy orvosi magánpraxisok engedélyezése között másrészt, pl. a megengedett jogi forma és az alkalmazott orvosok legmagasabb megengedett száma tekintetében alig vannak különbségek. Ezek a különbségek, főleg az

egészségügyi ellátási központoknak a szakértők által javasolt minimális méretei tekintetében, tényszerűen indokoltak.

■ Jelenleg nem állnak rendelkezésre empirikus adatok, amelyek pozitív vagy negatív értelemben összefüggést mutatnának az egészségügyi ellátási központok és bizonyos fenntartók (orvosok vagy befektetők) tulajdonában levő központok nyújtotta ellátásminőség között. A fenntartói struktúrával összefüggésben az amerikai fekvőbeteg szektorban szerzett kutatási eredmények szerint a törvényhozó aggodalmai, miszerint a nem orvosok tulajdonában levő egészségügyi központokban veszélybe kerülne az ellátás minősége, megalapozatlanok.

■ Amennyiben a törvényhozó indokát látná a beavatkozásnak, a szakértők az orvosigazgató pozíciójának további megerősítését javasolják. Ez megtörténhet a felmentéssel vagy felmondással szembeni védelem formájában. Elképzelhető, hogy jogszabályban megtiltják a vezető orvosok nem a tárgyhoz tartozó pénzügyi ösztönzését.

■ A szakértők nem tartják tanácsosnak, hogy korlátozzák a kórházak számára a saját vonzáskörükön és saját szakmai ellátási kötelezettségi területükön kívüli egészségügyi ellátási központok létesítését. A tilalom a nagy kórházláncokat hozná előnyösebb helyzetbe a kisebb kórházfenntartókkal szemben.

■ A jogszabály előírja az egészségügyi ellátási központok működésének és fenntartói viszonyainak transzparenciáját. A szakértők javasolják, hogy a beteginformáció érdekében az egészségügyi ellátási központokat kötelezzék az orvosigazgató és a fenntartó nevének a „cégtáblán” való feltüntetésére, valamint a központnak a szolgáltatók szövetségi regiszterébe való felvételére. A fenntartó nevét, a fenntartó típusát és az orvosigazgató nevét a regiszterben is fel kell tüntetni.

■ A szakértők javasolják az orvosok egészségügyi ellátási központokban való részesedésszerzésének megkönnyítését és így az orvosi tulajdonban levő egészségügyi ellátási központok szolgáltatótípusának megerősítését. A szabályozást úgy kell módosítani, hogy a jövőben ne az alapítói minőség, ill. az alapítói jogok, hanem definiált működési feltételek álljanak előtérben. Következésképpen a szerződött orvosok és elsősorban az egészségügyi ellátási központokban alkalmazott orvosok bármikor és korlátlanul részesedést szerezhessenek és birtokolhassanak az egészségügyi ellátási központokban.

■ Tekintettel az (egészségügyi ellátási központoknál, valamint szerződött orvosoknál) alkalmazottként működő orvosok ellátáshoz való növekvő hozzájárulására, a szakértők javasolják az alkalmazott orvosoknak az engedélyezési grémiumokban való erősebb képviselését. A szakértők javaslata szerint jogszabályban kellene rögzíteni hogy az alkalmazotti jogviszonyban működő orvosok, az őket érintő engedélyezési kérdésekben, legalább egy

képviselővel rendelkezzenek az engedélyezési bizottságban, ill. a fellebbviteli bizottságban résztvevő orvosok csoportjában.

### ***3. A fenntartói kör és az ellátás minősége közötti összefüggés a németországi fekvőbeteg szektorban***

**Kruse és mt.** 35 empirikus vizsgálatról végzett értékelésükben arra a következtetésre jutottak, hogy az Európai Unióban és speciálisan Németországban a különböző fenntartók által működtetett kórházak gazdasági hatékonysága tekintetében az empirikus bizonyítékok oly mértékig eltérők, hogy nem tehetők egy meghatározott irányba mutató általános érvényű megállapítások. Ugyanerre jutott egy másik kutatócsoport (**Tiemann, Schreyögg és Busse**), amely nyolc empirikus tanulmány alapján értékelte a gazdasági hatékonyság különbségét az egyes tulajdonosi köröknél a német kórházügyi piacon. Kruse és mt. nem tudtak egységes empirikus eredményeket megfogalmazni az ellátás különbségéről a különböző fenntartók által működtetett kórházaknál Európában. Ezzel szemben Tiemann és Schreyögg a németországi kórházak tekintetében arra az eredményre jutott, hogy a halálozás a privát fenntartású kórházaknál alacsonyabb, mint az államiaknál. Vizsgálatuk 1.046 németországi kórház 2002 és 2006 közötti éves jelentéseinek alapján. **Wübker és Wuckel** a 2006 és 2015 között szívinfarktus és tüdőgyulladás miatt németországi kórházakban bekövetkezett halálozási adatok összehasonlításával megerősítette előbbieket eredményét. A szerzők különbséget tettek egyrészt privát (nyereségorientált), másrészt közhasznú és állami kórházfenntartók között. Szívinfarktusok kezelésénél a privát fenntartóknál a halálozás nem volt magasabb, mint az állami fenntartású kórházaknál. Tüdőgyulladás kezelése tekintetében a 30 nap utáni halálozás a privát fenntartóknál alacsonyabb volt. Amennyiben tehát egyáltalán megfogalmazható valamely különbség, akkor ez mindenképpen a privát (nyereségorientált) kórházak javára szól. Mindenesetre a privát (nyereségorientált) kórházaknál mindkét kezeléstípus magasabb költségekkel jár, mint a közhasznú, vagy állami kórházaknál.

### ***4. Az ellátás minőségének összehasonlítása az orvosok, ill. nem orvosok tulajdonában levő amerikai „egészségügyi intézmények” között***

a) A fenntartó jellegére összpontosító elemzések mellett a nemzetközi egészséggazdasági szakirodalomban körvonalazódik egy szál, amely kifejezetten az orvosok, mint tulajdonosok és egyéb típusú tulajdonosok nyújtotta minőség közötti különbségeket veszik célba. E vizsgálatok kiindulópontja, hogy az Egyesült Államokban az 1990-es évektől kezdve

bizonyos orvosi (pl. ortopédiai, kardiológiai, sebészeti) kezeléseket az általános kórházakból („*general hospitals*“) speciális kórházakhoz vagy speciális ambuláns intézményekhez szerveztek ki. Ennek okai közé tartozott, hogy a lakosság széles csoportjai nem kapták meg az elégséges ellátást, miközben az egészségügyi rendszer kiadásai növekedtek. A szolgáltatások új, hatékonyabb formáinak speciális intézményekben történő biztosítása a különböző lakossági csoportok ellátása közötti különbségek kiegyenlítésére irányult.

E specializált (ambuláns vagy fekvőbeteg) intézményekben az orvosok részben egyedüli, részben társtulajdonosi szerepet töltenek be („*physician-owned specialized facilities*“, amelyek két altípusa: „*physician-owned specialized hospitals*“ és „*physician-owned ambulatory surgery centers*“), miközben az általános kórházak („*general hospitals*“) túlnyomórészt közhasznú társasági (56%) vagy állami (18%) tulajdonban vannak. A „*physician-owned specialized facilities*“ modell hívei szerint ennek előnyei: a betegek hatékonyabb és célirányosabb ellátása, a költségcsökkentés és a jobb orvosi ellátás. További érv, hogy az orvos egyben az intézmény tulajdonosa és szolgáltató, tehát nem áll fenn ellenérdekeltség.

Az ellenzők szerint viszont ebben éppenséggel benne van az érdekkonfliktus, amely abból adódik, hogy az orvostika nem egyeztethető össze a bevételek maximálásának törekvésével. Az orvosok, mint az intézmény tulajdonosai saját honoráriumuk mellett a vállalati nyereséget is kitermelik. Ez odavezethet, hogy az „orvos-tulajdonos” személyében csökken a gátlás, hogy ne végezzen nem szükséges kezeléseket és főleg, hogy ne szakosodjon több hasznot hozó esetekre. A *U.S. Department of Health and Human Services* éppen emiatt hozott intézkedéseket az orvosok tulajdonosi minőségének korlátozására, sőt teljes betiltására.

## b) Empirikus tények az amerikai egészségügyi piacon

aa) Betegszelekció, ellátásminőség és hatékonyság a speciális egészségügyi intézményeknél és általános kórházaknál

**Trybou és mt.** összesen 46 tanulmányt azonosítottak a releváns nemzetközi egészséggazdasági adatbankokban (*Pubmed, Web of Science*), amelyek az orvosi tulajdonviszonyban rejlő érdekkonfliktussal foglalkoztak. Következtetések: 1. Az orvosok tulajdonában levő speciális intézményeknél („*physician-owned specialized facilities*“) az ellátás minősége (pl. a halálozás, vagy az ismételt kórházba utalás tekintetében) magasabb, ami azonban az összességében jobb egészségi állapotban levő betegkörrel („torz szelekció”) és a speciális intézményekben éppen a magasabb specializáltság folytán kezelt

magasabb esetszámmal magyarázható. 2. Nincs empirikus bizonyíték az orvosok tulajdonában levő speciális intézmények által nyújtott magasabb hatékonyságra. Egyes tanulmányok azt is feltételezik, hogy az orvosok tulajdonában levő intézményeknél csökkenne a gátlás a kezelések felszólására. 3. Empirikusan bizonyítható, hogy a speciális intézményeknél sokkal több a magasabb biztosítással rendelkező beteg és kevesebb nem térített szolgáltatást nyújtanak („*uncompensated care*“), továbbá a pénzügyileg kevésbé vonzó betegeket (többnyire nem nyereségorientált) általános kórházakhoz irányítják. 4. Nincs empirikus bizonyíték arra, hogy a speciális intézményeknél a gazdasági hatékonyság magasabb lenne. **Carey/Burgess/Young** tanulmánya 1998 és 2008 között 80 orvosok tulajdonában levő ortopédiai vagy sebészeti speciális intézménynél 883 általános kórházzal szemben nem talált hatékonysági előnyöket (sem a speciális esetek magasabb számához kötődő, sem a szolgáltatások hatékonyabb biztosításából származó terjedelemgazdaságosságot).

Trybou és mt. szerint az Egyesült Államokban nincs bizonyíték az orvosok tulajdonában levő intézményeknek („*physician-owned specialized facilities*“) az „idegen” tulajdonban levőkkel szemben tulajdonított előnyökre. Az orvosok tulajdonában levő intézményeknél a szerzők nem tudtak megállapítani sem alacsonyabb költségeket, sem magasabb minőséget. Mazsolázásra viszont bőven van bizonyíték. Ezt **Chakravarty** eredményei is megerősítik, aki a 1995 és 2004 közötti időszakra vonatkozóan összefüggést talált az orvosok tulajdonában levő speciális intézmények által gyakorolt betegszelektió mértéke és a vonzáskörükben levő általános kórházak pénzügyi veszteségei között.

### **Szerzők**

– Jogtudományi fejezetek

**Prof. Dr. iur. Andreas Ladurner**, Professur für Gesundheitsrecht, Studienbereich Gesundheitsmanagement, Fakultät Wirtschaftswissenschaften Hochschule Aalen – Technik und Wirtschaft

**Prof. Dr. jur. habil. Ute Walter**, Rechtsanwältin – Fachanwältin für Medizinrecht, Apl. Professorin der Fakultät für Rechtswissenschaft der Universität Regensburg

– Egészséggazdasági fejezetek

**Prof. Dr. rer. oec. Beate Jochimsen**, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Professur für allgemeine Volkswirtschaftslehre-Finanzwissenschaft, Hochschule für Wirtschaft und Recht Berlin