

DEBRECENI EGYETEM  
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR  
KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA  
VERSENYKÉPESSÉG, GLOBALIZÁCIÓ ÉS REGIONALITÁS  
DOKTORI PROGRAM

**A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER MŰKÖDTETÉSÉNEK KIHÍVÁSAI**

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS

DR. KALASNÉ DR. BÍRÓ KLÁRA



TÉMAVEZETŐK: PROF. DR. ÁDÁNY RÓZA  
PROF. DR. KORMOS JÁNOS

DEBRECEN  
2011

## Tartalomjegyzék

<b>1. Bevezetés.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. A témaválasztás indoklása.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. A dolgozat felépítése.....</b>	<b>3</b>
<b>2. A doktori értekezés kutatási kérdései, felvetései és új tudományos eredményei .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. 1. tézis .....</b>	<b>4</b>
2.1.1. Bevezető.....	5
2.1.2. Eredmények.....	5
2.1.3. Megbeszélés .....	5
<b>2.2. 2. Tézis .....</b>	<b>7</b>
2.2.1. Bevezető.....	7
2.2.2. Eredmények, megbeszélés.....	8
<b>2.3. 3. Tézis .....</b>	<b>10</b>
2.3.1. Bevezető.....	10
2.3.2. Módszer.....	10
2.3.3. Eredmények.....	11
2.3.4. Megbeszélés .....	11
<b>2.4. 4. Tézis .....</b>	<b>12</b>
2.4.1. Bevezető.....	12
2.4.2. Eredmények, megbeszélés.....	13
<b>2.5. 5. Tézis .....</b>	<b>14</b>
2.5.1. Bevezető.....	14
2.5.2. Eredmények, megbeszélés.....	14
<b>3. További kutatási irányok .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Irodalmi és jogszabályi hivatkozások (a tézisekben).....</b>	<b>18</b>
<b>5. Az értekezés témájában született publikációk listája .....</b>	<b>20</b>

# 1. Bevezetés

## 1.1. A témaválasztás indoklása

A napi sajtóban megjelenő egyik központi kérdés az egészségügy kérdése, jó példa erre a 2010-ben Obama elnök által az Egyesült Államokban bevezetett reform csomag. Nap, mint nap napirenden van az egészségügy valamilyen aspektusa. Magyarország kritikus helyzetbe került gazdasági teljesítőképességét tekintve, mára egyértelművé vált, hogy a jóléti állam által jelenleg biztosított egészségügyi feladatok ellátása nem fenntartható.

A közelmúltban készült el harminc munkabizottság szakértői és a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárságának vitairata a Semmelweis terv, melynek explicit célja egy előremutató egészségpolitikai párbeszéd keretrendszerének biztosítása.

Ezen megfontolások indokolják a témaválasztást: a mai magyar egészségügy helyzetének áttekintését.

## 1.2. A dolgozat felépítése

A dolgozat hét fejezetből áll:

*Az első és a második fejezet az egészségügyi ellátórendszer működésének szocio-gazdasági háttérét mutatja be. A harmadik fejezetben az egészségügyi ellátórendszer sajátosságai kerültek górcső alá. A negyedik fejezetben a magyar egészségügyi ellátórendszer jellemzésére kerül sor. Az ötödik fejezet tárgya az alapellátás szerepe és jelentősége a magyar egészségügyi ellátórendszerben. A hatodik fejezet az alapellátás átalakításával kapcsolatos javaslatokat listázza. A hetedik fejezet bemutatja a téziseket, az eredményeket és összefoglalja a dolgozat során az egészségügyben felszínre került problémákat, levonja a tanulságokat és ajánlásokat fogalmaz meg a hazai ellátórendszer számára.*

## **2. A doktori értekezés kutatási kérdései, felvetései és új tudományos eredményei**

A XXI. századra az egészségügyi rendszerek számos problémával terheltté váltak a világban. Az ezredfordulón a legjelentősebb költségrobbanás az egészségügyben volt tapasztalható, az egészségügyi piac részesedése 2000 és 2005 között - meghaladva a globális GDP növekedés mértékét – 8%-ról 8,6%-ra nőtt, azaz az egészségügyre fordított kiadások 35%-kal növekedtek. A mutatók Magyarország viszonylatában is hasonlóak (WHO, 2008).

E növekedés komplex folyamatok eredményeként alakult ki, mely eredménye az, hogy döntően az 1800-as évekből eredeztethető egészségügyi ellátórendszereknek soha nem látott kihívásoknak kell megfelelniük a jóléti állam keretein belül. A jóléti állam alapvető célja a társadalmi jólét maximalizálása a hatékonyság és a társadalmi igazságosság egyidejű biztosítása által. Ez a két szempont alapvetően fontos az egészségügyi ellátórendszerek működése szempontjából is. Tekintettel arra, hogy közgazdasági szempontból a hatékonyság áll szoros összefüggésben a piacok működésével, továbbá arra, hogy a hatékonyság a társadalmi igazságosság szükséges alapfeltétele (Barr, 2009 a, b), további vizsgálatainkat a hatékonyság kérdéskörére korlátozzuk.

A piaci koordináció hatékonysági feltételei nem teljesülnek maradéktalanul az egészségügyben. Az alábbi feltételek teljesülése sérül az egészségügy viszonylatában:

- tökéletes verseny (Mihályi, 2003a; Nagy, 2005),
- a tökéletes információk feltétele (Mihályi, 2003b),
- a biztosítás működőképességének közgazdasági feltételei (Barr, 2009b), valamint
- externáliák jelenléte (Mihályi, 2003c).

**2.1. 1. tézis: Egy ország gazdasági fejlődésének történelmi hagyományai alapjaiban határozzák meg az egészségügyi ellátórendszer struktúráját, a piaci allokáció és az állami beavatkozás mértékét.**

### **2.1.1. Bevezető**

A PhD tanulmányok kezdetén, az egészségügyi ellátórendszerek háttérének vizsgálata során számos kérdés merült fel, melyek az alapját képezték a dolgozat felépítésének és tulajdonképpen a tézisek/válaszok konszekutív rendje azok egymásra épülését jelenti. Így a szocio-gazdasági háttér vizsgálata során azonnal megfogalmazódott, hogy a gazdasági rendszerek döntő módon meghatározzák-e azt, hogy milyen irányban fejlődik egy adott térség egészségügyi rendszere/szektora, vagy lehetséges-e az, hogy azonos történelmi hagyományokkal rendelkező nagy gazdasági rendszerek merőben más megközelítésű, struktúrájú, a piaci koordinációt és az állami beavatkozás mértéket tekintve eltérő súlyú egészségügyi rendszereket/szektorokat hoznak létre?

Összehasonlító vizsgálat alá kerül az USA és Nagy-Britannia egészségügyi rendszere, mivel mindkét ország a piaci vegyesgazdaság fejlődésének útját járta be. Kérdés tehát, hogy az iparosodás korától eredeztethető egészségügyi rendszerek hogyan alkalmazkodtak a piaci allokációs mechanizmusok elégtelenségéhez?

### **2.1.2. Eredmények**

A nagy-britanniai és amerikai egészségügyi ellátórendszer összehasonlítása kapcsán kapott eredményeket összefoglalóan az 1. táblázat tartalmazza.

### **2.1.3. Megbeszélés**

Mint a fentiekből is látható a piac által vezérelt vegyesgazdaság két meghatározó országában is egymástól nagymértékben különböző egészségügyi rendszer alakult ki. Mindkét rendszernek megvannak az előnyei és a hátrányai akár a fogyasztók, akár a szolgáltatók, akár a finanszírozók oldaláról vizsgáljuk meg a működő egészségügyi ellátást. Figyelemfelkeltő azonban, hogy mind az USA, mind Nagy-Britannia esetében két stratégiai területen hasonlóságot mutat a rendszer úgy, mint az egészségügyi rendszer szabályozásának igen széleskörű volta, valamint, hogy a költségcsökkentés problémaköre érinti mind a két egészségügyi rendszert.

<i>Két nagy egészségügyi ellátórendszer összehasonlítása</i>		
<b>Szempont</b>	<b>USA</b>	<b>Nagy-Britannia</b>
<b>Egészségügyi szolgáltató tulajdonviszonya</b>	magántulajdon	köztulajdon
<b>Egészségügyi szolgáltató finanszírozása</b>	managed care rendszerek tételes teljesítmény elszámoláson alapuló finanszírozás	közfinanszírozott, teljes fejkvóta alapú alapellátás, alapellátás által finanszírozott szakellátás
<b>Egyéni preferencia</b>	igénybevételkor: Magánbiztosítás - co-payment Medicare – co-payment Medicaid – 150% alatt ingyenes, 150% felett co-payment (max. 20%)	igénybevételkor ingyenes ellátás - alapellátás ingyenes - szakellátás ingyenes - sürgősségi ellátás ingyenes - gyógyszerellátás során a jogosultak 85%-ának ingyenes a receptfelírás
<b>Finanszírozás</b>	1. kvázi biztosításstatisztikai megközelítés - munkáltatói és egyéni befizetés (kb. 50%) 2. állami (tagállami és szövetségi) finanszírozás- Medicare, Medicaid (kb. 50%)	döntően közfinanszírozás -74% adóbevételekből -20% társadalombiztosítási járulékból - 2,5% díjbevételekből
<b>Szabályozás</b>	kvázi biztosításstatisztikai alapon működő egészségbiztosítók - szigorú költségvetési keret állami finanszírozás - nyíltvégű, retrospektív finanszírozás - nincs költségvetési plafon	szigorú költségvetési keretek prospektív finanszírozás pénzügyminiszter és ágazati miniszter alkuja

**1. sz. táblázat:** Az USA és Nagy-Britannia egészségügyi ellátórendszereinek részletes összehasonlítása (Bíró és mtsai, 2011).

Ugyanígy közös vonás Nagy-Britannia egészségügyi rendszere és az USA Medicaid rendszere esetében, hogy mivel a szolgáltatások nem járnak közvetlen költséggel sem a szolgáltatást nyújtó orvos, sem a biztosítói háttérrel rendelkező beteg szempontjából, ezért sokkal több szolgáltatás iránt keletkezhet kereslet, mintha bármely félnek az igénybevételkor közvetlenül viselnie kellene a kezelés költségeit. A túlkereslet kialakulását fogja vissza a brit alapellátó csoportpraxisok alapkezelőként való működése. Érdekes megjegyezni továbbá, hogy a vizsgált két rendszer alapvetően másképp kezelte a piaci kudarcok kérdését - a nagy-britanniai rendszer egy államilag finanszírozott egységes, az

amerikai pedig egy döntően piaci alapon szerveződő rendszertől indult el. Az elmúlt évek reformkísérleteinek eredményeként megfigyelhető a rendszerek konvergálása: Nagy-Britanniában a piac felé történtek elmozdulások, az Egyesült Államokban pedig az állami beavatkozások súlya nőtt meg. A tengerentúli egészségügyi rendszer legfőbb problémája, hogy becslések szerint a lakosság mintegy 15%-ának nincs egészségügyi biztosítása. De legalább ilyen súlyos az alulbiztosítás problémája, mely szerint az életmentő beavatkozásoktól eltekintve, a kevésbé súlyos beavatkozásokat megtagadhatják vagy elhalaszthatják esetükben. A biztosítás nélkül maradtak tulajdonképpen dolgozó szegény emberek, akik a jelenlegi szabályozások szerint „annyira” azonban nem szegények, hogy jogosulttá válnának a Medicaid államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatásaira. Ezt az állapotot próbálja meg kezelni az Obama elnök által fémjelzett egészségügyi reform, mely eredményeként a közel 50 millió biztosítással nem rendelkező amerikai is jogosulttá válik a Medicaid ellátások igénybevételére azáltal, hogy minden, a létminimum 133%-a alatt élő állampolgár igényelheti a programba való felvételt. Ennek fedezetét a tervek szerint a szövetségi kormány biztosítaná, ami további költségeszkalációt eredményezne (Medicare chartbook, 2010; Medicaid: A primer 2010).

## **2.2. 2. Tézis**

**A hazai részleges fejkvótás finanszírozáson alapuló alapellátás önmagában biztosítja az egészségügyi ellátórendszer hatékony működését.**

### **2.2.1. Bevezető**

Hasonlóan a brit egészségügyi rendszerhez a magyar rendszernek is jellemzője, hogy az ellátás igénybevételekor az ellátás térítésmentes, azonban, mint korábban már írtuk Nagy-Britanniában a túlkeresletet az alapellátási rendszer érdekeltsége visszafogja. Hazánkban az alapellátás tekintetében minden magyarországi lakos élhet a szabad orvosválasztás jogával, a szakellátás igénybevételekor pedig jogosult a szabad intézményválasztásra. Elmondható, hogy mivel az ellátás egyéni határkölsége zérus, a harmadik fizető fél mind a szolgáltatást igénybe vevő beteg, mind a szolgáltatást nyújtó orvos esetében jelentős többlet igényt illetve szolgáltatást generál, hisz - ellentétben a nagy-britanniai rendszerrel - nincs az ellátórendszernek olyan szereplője, aki közvetlenül érdekelt lenne ennek korlátozásában. Időszerű kérdéssé vált, hogy az alapellátás – a nagy-britanniai és az amerikai példákat látva - jelenlegi

finanszírozási módja biztosíthatja-e az egészségügyi ellátórendszer hatékony működését?

## **2.2.2. Eredmények, megbeszélés**

### **Hatékonyság az egészségügyben**

#### *Általános megfontolások*

Az általános definíció szerint az erőforrások felhasználása akkor a leghatékonyabb, ha az elért haszon ösztársadalmi szinten maximális (Nagy, 2005). A hagyományos versenyző piacon a Pareto-elvnek megfelelően az árak és a verseny képesek a termelés és a fogyasztás optimális viszonyát kialakítani (Szalai, 2005).

Az egészségügyben hagyományosan a hatékonyság két dimenzióját különítik el: a termelési és az allokációs hatékonyságot (Józwiak-Hagymásy és mtsai, 2006a).

A termelési hatékonyság az egészségügyi szolgáltatás/-termék felhasználásának, illetve előállítási költségeinek minimalizálását jelenti. A termelési hatékonyság szempontjából irreleváns, hogy a szolgáltatás/-termék mennyire hasznos a társadalom egésze szempontjából. Ezzel szemben az allokációs hatékonyságot az határozza meg, hogy az előállított terméket, szolgáltatást mennyire értékeli a közösség (Evetovits és Gaál, 2005).

A termelési hatékonyságot a hatékonyság horizontális dimenziójaként értelmezhetjük, azaz egy adott allokációs szinten belül érvényesülő termelékenység optimalizálását jelenti. Ezzel szemben az allokációs hatékonyság az egyes szintek közötti forráselosztás eredményességét tükrözi. Az allokációs hatékonyságnak jellemzően három szintjét különíthetjük el: a makro-, a mezo-, és a mikroszintű forrásallokációt (Józwiak-Hagymásy és mtsai, 2006b).

#### **Makroszintű forrásallokáció**

A makroszintű vagy stratégiai forrásallokáció a társadalom szempontjából az az optimális kiadási szint, melyet az egészségügyi szektorra érdemes költeni (Mossailos és Dixon, 2002).

Magyarországon 2005 előtt a gyógyító-megelőző ellátásokra allokálható források disztribúciója puha költségvetési korlátok között, nyílt, retrospektív módon zajlott. Jelentős változást a teljesítmény-volumenkorlát (TVK) 2004-es



bevezetése hozott (264/2003. (XII. 24.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségügyi Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999 (III.3.) Kormányrendelet módosításáról).

### **Mezoszintű forrásallokáció**

A mezoszintű forrásallokáció a gyógyító-megelőző kiadások költségvetésének szétosztását jelenti a különböző kasszák között. A 2006-os költségvetésben már az összevont szakellátási kassza előirányzata került rögzítésre azzal a megkötéssel, hogy az aktív fekvőbeteg ellátás irányába nincs lehetőség a konverzióra (Egészségbiztosítási Alap 2006. évi költségvetésének végrehajtása, 2006).

### **Mikroszintű allokáció**

A gyógyító-megelőző ellátások tekintetében a mikroszintű allokáció alatt a szolgáltatók és szolgáltatásaik finanszírozásának meghatározását értjük. A 2007. április 1-én hatályba lépett 2006. évi CXXXII. törvény-t az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről megelőzően gyakorlatilag hosszú időn keresztül nem változott az ellátórendszer struktúrája.

A jelenlegi allokációs mechanizmusok tehát nem hordoznak elégséges finanszírozási ösztönzőket a betegek egyes ellátási szintek (az alapellátás, a járó- és a fekvőbeteg szakellátás) közti mozgását illetően.

### **Hatékonyság a magyar egészségügyi ellátórendszerben**

A hazai egészségügyben az alapellátásban részleges fejkvótás finanszírozás van, ami önmagában egyszerű és kiszámítható, s azáltal, hogy csak a praxis üzemeltetésének költségeit hivatott fedezni, a felmerülő költségek és egyéb ráfordítások mérséklésére ösztönöz (Boncz és mtsai, 2004). Mivel azonban minden a praxisban elvégzett tevékenység többletköltsége a fejkvótából származó bevételt terheli (pl. bérköltség, a szűrések szervezése), érthető, hogy a részleges fejkvótás finanszírozás az alapellátás szintjén nyújtott definitív ellátás és a preventív programok kezdeményezése ellen hat, a betegek ellátását magasabb progresszivitási szintre tolva. Az OECD tanulmánya szerint a háziiorvosi praxisokban folyó tevékenység elsősorban a vényírásra és beutalásra korlátozódik (Orosz és Burns, 2000). Mindez aránytalan költségnövekedést indukál. Külföldi adatok szerint a háziiorvosi praxis finanszírozása az egészségügyi ellátások 20%-át teszi ki, de a generált költségek 80%-ért felelős

(Donelan és mtsai, 1996). Magyarországon szolgáltatói szinten a pénzügyi kockázat a termelési hatékonyság optimalizálásával, azaz az ellátások költségének szolgáltatói szintű redukciójával volt kezelhető. Ez a jelenség tetten érhető: egyfelől a költségek optimalizálását - a HBCs alapú finanszírozás bevezetését - követően 1994 és 2000 között az 1 súlyszám/költség arány mintegy 30%-kal nőtt (Gaál, 2004), másfelől a teljesítmény mennyiségi fokozása révén. A 2006. II. félévében eszközölt változásokkal azonban az egészségügyi ellátás nyújtásának pénzügyi kockázatát a finanszírozó fokozatosan áthárította az egészségügyi ellátórendszerre.

### **2.3. 3. Tézis**

**A hazai részleges fejkvótás finanszírozáson alapuló alapellátás biztosítja a szakmai protokolloknak megfelelő betegellátást.**

#### **2.3.1. Bevezető**

Az előző tézis eredményei is igazolják, hogy Magyarországon is változásokra van szükség, mert a demográfiai és az epidemiológiai háttér ismeretében egyértelmű, hogy a hazai egészségügyi rendszer problémái tovább fognak súlyosbodni. A finanszírozási anomáliákat tapasztalva felvetődik a kérdés, hogy a korábbiakban feltárt feltételek mellett milyen súlyt kaphatnak a szakmai szempontok az alapellátásban folyó betegellátás során?

Napjainkban az egyéni tapasztaláson alapuló klinikai döntések szerepét egyre inkább átveszi a randomizált klinikai vizsgálatok eredményei alapján megalkotott irányelvek, protokollok alapján végzett gyógyítás. A rendelkezésre álló adatok alapján vizsgálatra került, hogy milyen mértékben követték a háziorvosok az adott időszakban a szakmai irányelveket, ajánlásokat a hipertónia és a diabetes mellitus gondozása tekintetében, illetve, hogy a gondozási tevékenység minősítése és monitoringja a rendelkezésre álló, az egészségügyi ellátás alapvető szolgáltatásainak nyilvántartására létrehozott és fenntartott adatbázisok alapján biztosítható-e.

#### **2.3.2. Módszer**

A protokoll-követést a protokoll által éves rendszerességgel elvégezni javasolt vizsgálatok célpopulációra jellemző gyakorisága jellemzi, ezért meghatározásra került, hogy hipertóniával és diabétessel nyilvántartásban szereplő betegek között milyen arányban fordulnak elő azok, akik esetében a javasolt vizsgálatok

elvégzésre kerültek. A hipertónia gondozása a Hipertónia Társaság „A hipertónia-betegség kezelésének szakmai irányelvei”, a diabetes gondozás a Belgyógyászati Szakmai Kollégium Diabetes Munkabizottságának „A diabeteses beteg gondozása, oktatása” c. irányelve alapján került elemzésre.

Az adott betegségben szenvedő betegek száma a Háziiorvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program (HMAP) az ország lakosságára reprezentatív mintáján nyert prevalencia adatok alapján került becslésre.

A BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) és WHO (World Health Organization) adatokra vonatkozó lekérdezések az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) Tételes Egészségügyi Adattárából (TEA) történtek 2009. június 08-án.

### **2.3.3. Eredmények**

A hipertóniás betegek gondozását jellemző paraméterek alakulása alapján megállapítható, hogy a javasolt vizsgálatok közül 2004 és 2005 évben a legnagyobb gyakorisággal elvégzett vizsgálat is a betegek kevesebb, mint 9%-a esetében került csak elvégzésre. A lipid profil elemei közül legalacsonyabb az LDL-koleszterin meghatározás aránya (a hipertóniás betegek kevesebb, mint egy százalékánál végezték el a vizsgálatot), de a legnagyobb gyakorisággal elvégzett összkoleszterin meghatározás gyakorisága is alig haladja meg az 5%-ot.

A cukorbetegség gondozása szempontjából kiemelt jelentőségű (évente minimum két alkalommal elvégezni javasolt) HgA1c vizsgálat száma a cukorbetegség számának 5-7%-a. Ez azt jelenti, hogy a cukorbetegség kevesebb, mint 2,5-3,5%-a esetében kerül megfelelő gyakorisággal elvégzésre a vizsgálat. A lipid paramétereket jellemzően a betegek kevesebb, mint 7%-ánál, a szemfenéket a betegek kevesebb, mint 9%-ánál ellenőrizték. Az alsóvégtagi Doppler vizsgálat a betegek 5%-ánál történt meg. A vesefunkció ellenőrzésére vizeletfehérje meghatározás a gondozottak körülbelül 4%-a esetében, míg szérum kreatinin meghatározás kevesebb, mint 8%-a esetében történt meg.

### **2.3.4. Megbeszélés**

A jelen vizsgálat eredményei szerint a háziiorvosi gondozásban a vizsgált időszakban nem kapott kellő hangsúlyt a releváns szakmai protokollok követése. Ezen alacsony mutatók interpretációja kritikus megközelítést igényel:

- Egyrészt felmerül, hogy az elemzés alapját képező adatok validitása megfelelő-e.
- Fontos megemlíteni, hogy a vizsgált időszakban még nem álltak rendelkezésre a korábbi Háziorvosi Szakmai Kollégium saját irányelvei, csak a társszakmák irányelvei tértek ki az egyes betegségek gondozásának kérdéseire.
- Elvben előfordulhat, hogy a háziorvosi morbiditási adatok (amelyek a HMAP adatbázisból származnak) túlzóak és ez a valóságosnál rosszabb gondozási mutatókat eredményez, bár a HMAP minőségbiztosítási rendszerének adatai és a háziorvosok Központi Statisztikai Hivatal felé tett éves jelentéseiből származó adatok alapján ennek nincs nagy valószínűsége.
- Felmerül továbbá, hogy a vizsgált betegségekben esetleg ténylegesen ennyire alacsony a protokollok által javasolt vizsgálatok elvégzésének aránya. Az alapellátási rendszerben az adott időszakban kevés olyan motiváló tényező volt, ami adekvát gondozási (valamint első és másodlagos prevenció) tevékenységre ösztönzött volna.

#### **2.4. 4. Tézis**

**Az alapellátásban talált alacsony protokollkövetési ráta háttérében számos rendszerszintű korrekcióra szoruló anomália áll.**

##### **2.4.1. Bevezető**

A fenti tanulmányban bemutatott alacsony protokollkövetési ráta, akár szakmai, akár adminisztrációs deficit (vagy mindkettő) áll a mutatók háttérében, a beavatkozás szükségességét indokolja. Az alapellátás komplex (strukturális, tartalmi és finanszírozási) reformja hazánkban is elodázhatatlan, miként azt a WHO 2008. évi ajánlása nemzetközi vonatkozásban is imperatívusként fogalmazta meg (WHO, 2008), s a nálunk racionálisabb és hatékonyabb alapellátási struktúrát működtető országok is egészségügyi ellátási reformjuk kiemelt célkitűzéseként jelenítik meg (Glazier és mtsai, 2009; Starfield, 2009). Ahhoz azonban, hogy kiigazítást lehessen eszközölni, az egészségügyi rendszert egészében meg kell ismerni; fel kell tárni, hogy mely körülmények vezettek idáig, s melyek azok az alapellátást érintő anomáliák, melyek sürgős korrekcióra szorulnak.

## **2.4.2. Eredmények, megbeszélés**

### **Az ellátást nyújtó személyzet mennyiségi és minőségi hiányosságai/problémái, a kompetenciák tisztázatlansága**

Hazánkban 2000-ben került bevezetésre a praxisjog intézménye, ami lényegében rögzítette az országban a háziiorvosi praxisok számát. A 6801 körzetből 1582 kizárólag gyermekellátást nyújt, 1545 vegyes (gyermek és felnőtt lakosságot egyaránt ellátó) praxis, a többi csak felnőtt lakosságot lát el. Az orvos-megtartó képesség egyes területeken igen alacsony, részben gazdasági és/vagy földrajzi okokból, esetenként a praxis szociális összetétele miatt. Ma az országban kb. 160 praxis betöltetlen. A háziiorvosi szakma elöregedett, 1990 és 2007 között a háziiorvosok körében a 60 éven felüliek aránya 10,38%-ról 27,44%-ra nőtt (Ádány, 2008; Grösz és Papp, 2008).

Hasonlóan az egészségügyi ellátás többi szakterületéhez, az egészségügyi ellátást nyújtó személyzet tagjainak kompetenciája nem vagy csak részlegesen tisztázott.

### **Az elvárt szolgáltatás tartalmának hiányos definíciója**

A háziiorvosi praxis által nyújtandó szolgáltatás tartalma még betegségközpontú megközelítésben sem kellően definiált, hisz nem rögzített, hogy hol van az egyes betegségek esetében a háziiorvosi és a szakellátások által nyújtott/nyújtható szolgáltatások között a határ; a betegek esetenként indokolatlan elirányítása a jóval költségesebb szakrendelések irányába általános jelenség.

### **A teljesítmény indikátorok mellőzésével kialakított fejkvóta alapú finanszírozás**

Az alapellátás finanszírozása hazánkban 1992. óta fejkvóta alapú, amely a praxisba bejelentkezettek (biztosítottak) létszámán (mint szorzandón) alapul. A fejkvóta alapú finanszírozás sajátossága, hogy a finanszírozás mértékét a nyújtott szolgáltatásnak sem a mennyisége, sem a minősége nem befolyásolja; a családorvost pénzügyileg a praxis létszámának maximalizálására (legalábbis a degresszió érvényesítésének határáig) és a teljesítmény minimalizálására ösztönzi.

### **A minőségbiztosítás hiánya**

Az alapellátás szintjén nyújtott szolgáltatások minőségének mérésére és ennek

a finanszírozásba való beépítésére történtek ugyan javaslatok, s 2009-ben - egyelőre önkéntes - „auditálásra” is felhívás jelent meg (OALI, 2009) finanszírozási bonuszt ígérve, az alapellátás minőségbiztosításának teljes megoldása jelenleg még várat magára.

## **2.5. 5. Tézis**

**A hazai háziiorvosi rendszer alkalmas lehet az allokációs és termelési hatékonyságot optimalizáló teljes fejkvótás finanszírozású ellátásszervezői feladatok elvégzésére.**

### **2.5.1. Bevezető**

A két nagy egészségügyi rendszer összehasonlítása sok tanulsággal szolgált, megmutatta, hogy az alapellátást nyújtó házi orvos központi szerepben, ellátásszervezői funkcióval egy hatékony egészségügyi rendszer alapját képezheti. Ebből a felismerésből kiindulva vizsgálat alá került a magyarországi betegellátás alapellátási rendszere mind gazdasági, mind szakmai szempontok figyelembe vételével. Látva a rendszer korrekcióra szoruló anomáliáit felmerül, hogy vajon a hazai háziiorvosi rendszer alkalmas lehet-e egyáltalán ezen ellátásszervezői feladatoknak az ellátására, s ha igen, milyen javaslatok fogalmazhatóak meg annak érdekében, hogy a rendszer egészének hatékonysága javuljon?

### **2.5.2. Eredmények, megbeszélés**

#### **Alapellátási teamek létrehozása**

Az alapellátás szintjén elvárando (rendeleti szinten részben már ma is elvart) komplex kuratív és többszintű preventív szolgáltatások személyi feltételrendszere csak alapellátási team felállításával és működtetésével biztosítható (Bocienheimer, 2008).

#### **Az alapellátás finanszírozásának átalakítása**

Egészség-gazdaságtani szempontok mérlegelésével hazánkban szükségesnek látszik az elmozdulás a teljesítménymutatókhoz kötött kevert finanszírozás irányába, hisz az ellátás minőségét jellemző adatok annak hiányos voltát mutatják (Ádány és mtsai, 2009).

## **A prevenció szintjeihez rendelt minőségi indikátorok lehetséges alkalmazása**

A tevékenység-alapú finanszírozás másik elemét az ellátás minőségéhez kapcsolt finanszírozás adhatja. Mindezt a prevenció szintjeihez (elsődleges, másodlagos és harmadlagos) rendelve lehetne megvalósítani (Ádány és mtsai, 2009).

### **a, *Elsődleges megelőzés***

#### **➤ *Egészségfejlesztés:***

egészségtudatos magatartásra ösztönző kampányok hatékonyságát tükröző indikátorok.

#### **➤ *Immunizációs tevékenységek***

### **b, *Másodlagos megelőzés***

A szűréssel kapcsolatos tevékenységek beépítése a finanszírozott tevékenységek, teljesítmények körébe, illetve az onkológiai szűrések esetében azok alapellátás-szintű monitorozása.

### **c, *Gondozási és rehabilitációs tevékenység - harmadlagos megelőzés***

Az OECD definíciója szerint az alapellátás elsődleges feladata a krónikus betegségek gondozása az exacerbációk csökkentése és a szövődmények megelőzése érdekében (Marshall és mtsai, 2004).

A teljesítményarányos finanszírozás alapvető feltétele a leggyakoribb krónikus megbetegedésben szenvedő betegek egységes kritériumrendszeren alapuló regisztereinek kialakítása, majd ez alapján az indikátorokkal jellemzett teljesítmény-szinthez kapcsolt finanszírozás kialakítása.

## **Az alapellátás minőségbiztosítása**

Az alapellátás minőségbiztosítási rendszerének kialakítása feltételezi a szakmai irányelvek és protokollok, illetve az azok követésének ellenőrzését lehetővé tevő indikátorok meglétét.

## **A háziorvosi szerepvállalás megerősítése**

A 2008-as World Health Reportban a WHO szerint az ideális alapellátás felvállalja az egészségügyi problémák széleskörű orvoslását, megfelelően finanszírozott alapellátási teamek segítségével (WHO, 2008).

### **Komplex, integrált ellátás nyújtása**

Napjainkban az egészségpromóciót, a prevenciót, a betegségek diagnosztikáját, akut, illetve krónikus kezelését, rehabilitációját, otthonápolási és szociális ellátását átölelő komplex alapellátásra van szükség.

### **Az ellátás folytonosságának biztosítása**

Optimális esetben a kezelés a vizsgálati és terápiás eredmények követésével mindaddig tart, amíg a beteg problémája meg nem oldódik. Az ellátás folytonossága alapvetően befolyásolja a terápiás hatékonyságot (Weinick és Krauss, 2000).

### **Azonos ponton történő belépés az egészségügyi ellátórendszerbe**

Fontos, hogy a beteg stabil, hosszútávú személyes kapcsolatot ápoljon az ellátórendszer belépési pontján álló szereplőkkel.

### **Az alapellátó kapuőri funkciójának megerősítése**

Egy erőteljes kapuőri funkcióval felruházott alapellátás, alkalmas lehet az egészségügyi ellátások vertikális (allokatív) és horizontális (termelési) hatékonyságának optimalizálására.

### **Az alapellátó felelőssége egy jól definiált populáció ellátásáért**

Az egyes alapellátási teamek felruházása egy jól definiált populáció teljes egészségügyi ellátása iránti felelősséggel szintén hozzájárulhat a fent megfogalmazott célok megvalósulásához.

### **Az alapellátó, mint ellátásszervező**

Ha a háziiorvosi alapellátás szereplőit felruházzuk az adott populáció egészségi ellátásának felelősségével és emellett megerősítjük kapuőri funkcióját a háziiorvosi team mintegy mediátorként lép fel, megteremtve a kapcsolatot az egyének, a közösség, a betegek és az ellátási szintek között (WHO, 2008).

Összegezve elmondható, hogy a hazai háziiorvosi rendszer több sajátosság révén is alkalmas lehet az allokációs és termelési hatékonyságot optimalizáló teljes fejkvótás finanszírozású ellátásszervezői feladatok elvégzésére: egyrészt adottak a keretei az erős kapuőri funkció ellátásának, másrészt területi ellátási



kötelezettsége révén Magyarország teljes lakosságának háziiorvosi ellátása elvileg biztosított.

### **3. További kutatási irányok**

A disszertációban szereplő elemzést követően 2011. április 01-én lépett hatályba a 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet, a háziiorvosok indikátor alapú teljesítmény értékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelés értékelésének egyes szabályairól (11/2011. NEFMI rendelet). A rendelet a háziiorvosi szolgáltatók által végzett prevenciós, gyógyító, gondozási és gyógyszerrendelési tevékenységekhez kapcsolt indikátorok alapján történő teljesítményértékelés részletes szabályait tartalmazza. Külön indikátorokat határoztak meg a felnőtt- (és vegyes-) valamint a gyermekpraxisok vonatkozásában.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) a háziiorvosi szolgáltatók gyógyító-megelőző tevékenységét az indikátorok szerint, a rendeletben meghatározott célértékek mentén, megyei bontásban és praxiscsoportonként minden naptári negyedévben értékeli. A célértékek az adott naptári évre (egy-egy indikátorok fél évre) érvényesek, meghatározásuk a tárgyévet megelőző, az indikátor meghatározása szerinti időhossz járó- és fekvőbeteg-szakellátási adatai, a háziiorvosi tételes betegforgalmi jelentés adatai, valamint a vényforgalmi adatok alapján történik.

A továbbiakban érdemes lesz megvizsgálni az új indikátor alapú teljesítményértékelés hatásait az alapellátásban végzett tevékenységek, illetve a teljes ellátórendszerre gyakorolt hatását illetően.

## 4. Irodalmi és jogszabályi hivatkozások (a tézisekben)

ÁDÁNY, R. [2008]: A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. Népegészségügy. 85. 5-20.

ÁDÁNY, R., Bugán, A., Bíró, K., Rurik, I. [2009]: Az alapellátás tartalmi, strukturális és finanszírozási átalakítása, mint a hazai népegészségügyi helyzet javításának eszköze. Népegészségügy 87. 117-122.

BARR, N. [2009a]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 404-406.

BARR, N. [2009b]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 406-411.

BELGYÓGYÁSZATI SZAKMAI KOLLÉGIUM DIABETES MUNKABIZOTTSÁGA, [2003]: A diabeteses beteg gondozása, oktatása. In: Útmutató: Klinikai Irányelvek Összefoglalója Medition Kiadó. 264-265.

BÍRÓ, K., Zsuga J., Ádány R [2011]: A piaci koordináció kudarcára adott válasz az egészségügyi ellátórendszerben: Nagy Britannia és az Egyesült Államok ellátórendszerének összehasonlító elemzése. Társadalomkutatás 29. kötet 3. sz. 371-386.

BOCIENHEIMER, T. [2008]: The future of primary care: transforming practice. New Eng J Med. 359. 2086-2089.

BONCZ, I., Nagy, J., Sebestyén, A., Kőrösi L. [2004]: Financing of health care services in Hungary. Eur. J. Health Econ. 5. 252-258.

DONELAN, K., Blendon, R.J., Benson, J., Leitman, R., Taylor, H. [1996]: All payer, single payer, managed care, no payer: patients' perspectives in three nations. Health Aff (Millwood). 5. 254-265.

EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP 2006. ÉVI KÖLTSÉGVETÉSÉNEK VÉGREHAJTÁSA [2006]: 8-9.

EVETOVITS, T., Gaál, P. [2005]: A költséghatékonyság értelmezése az egészségügyben: egészség-gazdaságtani alapok Cochrane-tól Culyer-ig. In: Egészséggazdaságtan (szerk. Gulácsi L). Budapest. Medicina Könyvkiadó Rt. 91-134.

GAÁL, P. [2004]: Hungary. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System Policies. 67-78.

GLAZIER, R.H., Klein-Geltink, J., Kopp, A., Sibley, L.M. [2009]: Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population based evaluation. CMAJ. 180. 72-81.

GRÖSZ, A., Papp, R. [2008]: Vissza a jövőbe: munkaerőpiaci kihívások a háziiorvosi rendszerben. Házi Jogorvos. 1. 10-14.

JÓZWIAK-HAGYMÁSY, J., Hermann, D., Udvaros, I. [2006a]: Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben. ESKI tanulmány. 11.

JÓZWIAK-HAGYMÁSY, J., Hermann, D., Udvaros, I. [2006b]: Értékválasztás, prioritásképzés és rangsorolás a magyar egészségügyben. ESKI tanulmány. 18.

MAGYAR HIPERTÓNIA TÁRSASÁG [2003]: A hipertónia-betegség kezelésének szakmai irányelvei. In: Útmutató: Klinikai Irányelvek Összefoglalója. Medition Kiadó. 115-139.

MARSHALL, M., Leatherman, S., Mattke, S. [2004]: Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level. In: OECD Countries. OECD Health Technical Papers. No. 16. OECD Publishing.

MEDICAID: A primer [2010]: Kaiser Family Foundation. (<http://www.kff.org/medicaid/7334.cfm>)

MEDICARE CHARTBOOK [2010]: Kaiser Family Foundation. ([www.kff.org](http://www.kff.org))

MIHÁLYI, P. [2003a]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 27-29.

MIHÁLYI, P. [2003b]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 34-37.

MIHÁLYI, P. [2003c]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 46-48.

MOSSIALOS, E., Dixon, A. [2002]: Funding Health Care in Europe: weighing up the options. In Funding health care: options for Europe. Open University Press. 273-300.

NAGY, B. [2005]: A fejkvóta alapú forrásallokációs modell továbbfejlesztése. Elméleti alapok és gyakorlati lehetőségek a fejkvóta alapú forrásallokációs modell továbbfejlesztésére Magyarországon. ESKI. 7-18.

OALI [2009]: Országos Alapellátási Intézet: Pályázati felhívás. Házi jogorvos. II/1. 6-29.

OROSZ, É., Burns, A. [2000]: The Healthcare System in Hungary. OECD Economics Department Working Papers. No. 241. OECD Publishing, 7-35.

STARFIELD, B. [2009]: Toward international primary care reform. CMAJ. 180. 1091-1092.

SZALAI, Á. [2005]: Mikroökonómiai bevezetés. In: Egészség-gazdaságtan (szerk: Gulácsi, L.). 71-90. Budapest. Medicina.

WEINICK, R.M., Krauss, N.A. [2000]: Racial/ethnic differences in children's access to care. American Journal of Public Health. 90. 1771-1774.

WHO [2008]: The World Health Report 2008. Primary Care Now More Than Ever. ([http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports\\_whr08\\_en.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_whr08_en.pdf)) 42-56.

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről  
264/2003. (XII. 24.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról  
12. § (2)  
11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet, a házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól

## 5. Az értekezés témájában született publikációk listája

### FOLYÓIRATCIKK, ANGOL NYELVEN

Klára Bíró, Judit Zsuga, János Kormos, Róza Ádány: *The effect of financing on the allocation and production efficiency of the Hungarian health care system- placing primary care into focus*. Society and Economy epub ahead of print, DOI 10.1556/SocEc.2011.0005. 2011.

### LEKTORÁLT CIKKEK HAZAI FOLYÓIRATBAN

Bíró Klára, Zsuga Judit, Rurik Imre, Kormos János, Ádány Róza: *Az indikátorokhoz kötött tevékenység-alapú finanszírozás lehetőségei az alapellátásban, különös tekintettel a prevenciós tevékenység erősítésére*. Népegészségügy 86/2. szám. 53-59. oldal, 2008.

Ádány Róza, Bugán Antal, Bíró Klára, Rurik Imre: *Az alapellátás tartalmi, strukturális és finanszírozási átalakítása, mint a hazai népegészségügyi helyzet javításának eszköze*. Népegészségügy 87/2. szám 117-122. oldal, 2009.

Bíró Klára, Zsuga Judit, Ádány Róza: *A piaci koordináció kudarcára adott válasz az egészségügyi ellátórendszerben: Nagy Britannia és az Egyesült Államok ellátórendszerének összehasonlító elemzése*. Társadalomkutatás 29. kötet 3. sz. 371-386. oldal, 2011.

### KÖNYVFEJEZETEK:

Bíró Klára: *Az egészségügyi ellátás szintjei* Szerk.: Ádány Róza/Paragh György/Kárpáti István: Népegészségügyi medicina. Medicina Kiadó, Budapest, megjelenés alatt

### EGYÉB, LEKTORÁLT HAZAI KONFERENCIA-KIADVÁNYBAN MEGJELENT CIKKEK

Varga Emilné Szücs Edit, Bíró Klára: *Minőségbiztosítás a mérnökképzésben a Debreceni Egyetem Műszaki Karán*. Építésszervezés és Építéstechnológia Konferencia, Innovatív módszerek és technológiák kiadvány 217-222, 2009, ISBN 978-963-8062-61-1

Varga Emilné Szücs Edit, Bíró Klára: *Feedback rendszer kialakítása a Debreceni Egyetemen*. 15 th Building Services, Mechanical and Building Industry Days International Conference 290-297, 2009, ISBN 978-963-473-315-7

Varga Emilné Szűcs Edit, Bíró Klára, Jenei Tünde: *Minőségmenedzsment módszerek helye a versenyképesség spirálban*. VII. Nemzetközi Konferencia, Miskolc-Lillafüred, 2009, ISBN 978-963-661-892-6