

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

A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER MŰKÖDTETÉSÉNEK KIHÍVÁSAI

DOKTORI (PHD) ÉRTEKEZÉS

DR. BÍRÓ KLÁRA



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

DEBRECEN
2011

Tartalomjegyzék

Bevezetés	3
<i>A témaválasztás indoklása</i>	3
<i>A dolgozat felépítése</i>	4
A doktori értekezés kutatási kérdései, felvetései és új tudományos eredményei	5
<i>A piaci koordináció hatékonysági feltételeinek (nem) teljesülése az egészségügyben</i>	6
<i>A tökéletes verseny feltételének sérülése az egészségügyben</i>	6
<i>Tökéletes információk feltételének sérülése az egészségügyben</i>	6
<i>Biztosítási problémák</i>	6
<i>Piaci kudarc: externáliák jelenléte</i>	6
1. tézis	7
<i>Az angol és amerikai egészségügyi ellátórendszer összehasonlítása</i>	7
<i>Fogyasztói oldal jellemzői</i>	8
<i>Finanszírozás</i>	8
<i>Szabályozás- aggregált ellátási döntések</i>	8
<i>Tanulságok a magyar ellátórendszerre vonatkoztatva</i>	10
2. tézis	10
<i>Hatékonyság az egészségügyben</i>	10
<i>Általános megfontolások</i>	10
<i>Makroszintű forrásallokáció</i>	11
<i>Mezoszintű forrásallokáció</i>	11
<i>Mikroszintű allokáció</i>	11
<i>Hatékonyság a magyar egészségügyi ellátórendszerben</i>	12
3. tézis	13
<i>Módszer</i>	14
<i>Eredmények</i>	14
<i>Megbeszélés</i>	15
4. tézis	17
<i>Az ellátást nyújtó személyzet mennyiségi és minőségi hiányosságai/problémái, a kompetenciák tisztázatlansága</i>	17
<i>Az elvárt szolgáltatás tartalmának hiányos definíciója</i>	17
<i>A teljesítmény indikátorok mellőzésével kialakított fejkvóta alapú finanszírozás</i>	18
<i>A minőségbiztosítás hiánya</i>	18
5. tézis	19
<i>Alapellátási teamek létrehozása</i>	19
<i>Az alapellátás finanszírozásának átalakítása</i>	19
<i>A prevenció szintjeihez rendelt minőségi indikátorok lehetséges alkalmazása</i>	19
<i>Az alapellátás minőségbiztosítása</i>	21
<i>A háziorvosi szerepvállalás megerősítése</i>	21
<i>Komplex, integrált ellátás nyújtása</i>	21
<i>Az ellátás folytonosságának biztosítása</i>	21
<i>Azonos ponton történő belépés az egészségügyi ellátórendszerbe</i>	22
<i>Az alapellátó kapuőri funkciójának megerősítése</i>	22
<i>Az alapellátó felelőssége egy jól definiált populáció ellátásáért</i>	22
<i>Az alapellátó, mint ellátásszervező</i>	22
További kutatási irányok	23
Az értekezés témájában született publikációk listája	26

Bevezetés

A témaválasztás indoklása

A napi sajtóban megjelenő egyik központi kérdés az egészségügy kérdése. Az egészségügy átalakítására tett kísérletek nagy visszhangot váltanak ki, jó példa erre a 2010-ben Obama elnök által az Egyesült Államokban bevezetett reform csomag.

Nap, mint nap napirenden van az egészségügy valamilyen aspektusa, gondoljunk csak az orvosok, az egészségügyi szakdolgozók fenyegető elvándorlási hullámára, az alapellátásban dolgozó háziorvosok átlagéletkorára, a gyógyszergyárakkal folytatott folyamatos ártárgyalásokra, a járó- és fekvőbeteg ellátás finanszírozásának időről-időre történő megreformálására, a patikaliberalizációra, és a lista közel sem teljes.

A közelmúltban készült el harminc munkabizottság szakértői és a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárságának vitairata a Semmelweis terv, melyet a Kormány 2011 tavaszán elfogadott. A terv explicit célja egy előremutató egészségpolitikai párbeszéd keretrendszerének biztosítása, mely eredményeként jó minőségű, hatékony ellátást biztosító egészségügyi ellátórendszer jöhet létre, melyet az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében a méltányosság és szolidaritás jellemez.

Magyarország kritikus helyzetbe került gazdasági teljesítőképességét tekintve, mára egyértelművé vált, hogy a jóléti állam által jelenleg biztosított szociális, oktatási, egészségügyi feladatok ellátása nem fenntartható.

Az ezredfordulón a legjelentősebb költségrobbanás az egészségügyben volt tapasztalható.

A fenti megfontolások indokolják a témaválasztást: a mai magyar egészségügy helyzetének áttekintését.

A dolgozat felépítése

A dolgozat hat fejezetből áll:

Az első és a második fejezet az egészségügyi ellátórendszer működésének szocio-gazdasági hátterét mutatja be; egyrészt elemzi a kapitalizmus, a jóléti állam, a szocializmus rendszerének sajátosságait, másrészt megvizsgálja a lakosság humánerőforrás potenciálját részletezve az életminőség, a foglalkoztatottság, iskolázottság kérdéseit.

A harmadik fejezetben az egészségügyi ellátórendszer sajátosságai kerültek górcső alá, áttekintésre kerülnek az egészségügyi ellátórendszer válaszai a piaci koordináció kudarcaira, a hatékonyság, a finanszírozás sajátosságai, valamint részletes bemutatásra kerül az egészségügy humánerőforrás helyzete, kitérve a szakorvosi ellátottság, a bérezés, a szakember képzés állapotára.

A negyedik fejezetben a magyar egészségügyi ellátórendszer jellemzésére kerül sor, bemutatva a jogszabályi kereteket, az egészségügyi ellátás szintjeit, majd az alapellátás magyar egészségügyben betöltött szerepét.

Az ötödik fejezet tárgya az alapellátás szerepe és jelentősége a magyar egészségügyi ellátórendszerben, ezen belül egy alfejezet az alapellátás korrekcióra szoruló anomáliáit fedi fel, majd a házi orvosok szakmai protokoll követési gyakorlatának elemzésére kerül sor.

A hatodik fejezet az alapellátás átalakításával kapcsolatos javaslatokat listázza, megvizsgálva az alapellátási csapatok létrehozásának és a házi orvosi szerepvállalás megerősítésének előnyeit, valamint az esetleges lehetőségeket az alapellátás finanszírozásának módosítása illetve a minőségbiztosítás bevezetése terén.

A doktori értekezés kutatási kérdései, felvetései és új tudományos eredményei

A XXI. századra általánossá vált az egészségügyi ellátórendszerek kudarca. A költségek robbanásszerűen növekednek, a globális 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 (WHO, 2008).

E növekedés komplex folyamatok eredőjeként alakult ki.

1. Egyfelől jelentősen megnőtt az egészségügy keresleti potenciálja.
 - Epidemiológiai paradigmaváltás zajlott le.
 - Az egészségügyi ellátórendszerben a tájékozott, ismeretekkel rendelkező beteg megjelenése tovább növelte a keresleti potenciált.
 - Mindezek mellett a korábbinál több társadalmi probléma helyeződött át az egészségügyi ellátás területére.
2. Jelentős növekedés figyelhető meg a kínálati oldalon is.
 - Az orvos-technológiai szektor ugrásszerű fejlődést mutatott, ami leginkább a diagnosztika és a gyógyszeripar területén érezteti a hatását.
 - Az orvosi eljárások körének bővülése a hagyományos orvosi etikai megfontolások mellett is, de még inkább a defenzív etika oltárán további jelentős igénybevételt generál.

Látható, 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, a további vizsgálatok a hatékonyság kérdéskörére korlátozódtak.

A piaci koordináció hatékonysági feltételeinek (nem) teljesülése az egészségügyben

A tökéletes verseny feltételének sérülése az egészségügyben

Az egészségügyben a tökéletes verseny feltétele több szinten is sérül. Egyfelől az egészségügyi szolgáltatásoknak egy része közjóság, melyre jellemző egyrészt a szolgáltatói oligopólium által korlátozott verseny jelenléte és a külső gazdasági externáliák érvényesülése (Mihályi, 2003), másrészt az egészségügyi rendszer inputjainak (munkaerő, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, stb.) piaca, a hozzáférési illetve kilépési korlátok jelenléte miatt, szintén nem tisztán versenyen alapuló piac (Nagy, 2005).

Tökéletes információk feltételének sérülése az egészségügyben

Sérül a tökéletes információk paradigmája is az egészségügyben, mivel az információk bonyolultak, összetettek, ezért rendelkezésre állásuk esetén is információfeldolgozási probléma jelentkezhethet, azaz a szükséges információ annak rendelkezésre állása esetén sem feltétlenül hasznosítható (Barr, 2009).

Biztosítási problémák

A magánbiztosítás működőképességének több közgazdasági feltétele van: egyfelől fontos, hogy a biztosítási esemény bekövetkezésének kockázata kisebb legyen egynél (ez a feltétel a biztosítás kötésének idején már fennálló krónikus egészségi problémák esetén nem teljesül); másfelől megjelenhet a kontraszelekció problematikája, amikor az egyén titkolja el tényleges egészségi állapotát, s ezáltal az ő biztosításából fakadó tényleges kockázatot a biztosító alábecsüli; harmadrészt felmerül az erkölcsi kockázat kérdése, mely abból fakad, hogy a biztosított befolyásolni tudja az egészségügyi ellátás iránti igényét és a kezelés költségét.

Piaci kudarc: externáliák jelenléte

Az egészségügy viszonylatában egyfelől jelen van az úgynevezett törődési externália, másfelől megjelenik a technológiai externália.

A társadalom - és az azt meghatározó gazdasági rendszerek - fejlődése során jogosan felvetődik, hogy mennyire lehet igazságos és hatékony az egészségügy? A tisztán piaci alapon működő vagy, az államot előtérbe helyező, esetleg a kevert rendszer működhet jól az egészségügyben? Ezek és hasonló kérdések merülnek fel az egészség közgazdaságtanban az egészségügyi piacok vizsgálata során.

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

Vizsgálat alá kerül az USA és Nagy Britannia egészségügyi rendszere. A választás oka a hasonló gazdasági fejlődés, mivel mindkét ország a piaci vegyesgazdaság útját járta be. A továbbiakban tehát kérdés, hogy az iparosodás korától eredeztethető egészségügyi rendszerek hogyan alkalmazkodtak a piaci allokációs mechanizmusok elégtelenségéhez?

Az angol és amerikai egészségügyi ellátórendszer összehasonlítása

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása a XX. század során - a piaci kudarcokra adott válasz szerint - eltérően alakult: Nagy Britanniában alapvetően közösségi, míg az Amerikai Egyesült Államokban döntően a piaci mechanizmusok váltak meghatározóvá. Nagy-Britannia egészségügyi ellátórendszerének alapvető sajátossága az egységes állami, döntően adóbevételekből finanszírozott rendszer. Az egészségügy megszervezése a National Health Service (NHS - Állami Egészségügyi Szolgálat) keretein belül, centralizált formában történik, azaz az ellátás és a finanszírozás is a központi kormány hatáskörében van (Mihályi, 2003). Az Amerikai Egyesült Államokban a reform kapcsán egymással párhuzamosan indult el az állami és a piaci alapokon szerveződő egészségügyi ellátás kialakulása, azonban még mindig döntően egy fragmentált, decentralizált, jellemzően magánfinanszírozott rendszer dominál.

Míg Nagy Britanniában az egészségügyi ellátásra - minden aspektusát tekintve - jellemző a közösségi termelés (ami az allokáció típusát, a termelést és az erőforrásokat is érinti) addig az Egyesült Államokban a magán vagy államilag finanszírozott ellátásokat döntően magántulajdonban levő egészségügyi szolgáltatók nyújtják (Barr, 2009).

Fogyasztói oldal jellemzői

A brit egészségügy alapvető jellegzetessége, hogy a szolgáltatások igénybevétele ingyenes, míg az Egyesült Államokban alapvetően más a helyzet. A magánbiztosítással rendelkező betegeknek a munkáltatói illetve egyéni biztosítási díjak befizetése mellett a szolgáltatás igénybevételekor bizonyos ellátásokért egy előre meghatározott plafonig az ellátás teljes költségét fizetniük kell (kötelező önrész), más ellátásokra pedig csak akkor jogosult, ha kiegészítő biztosítással rendelkezik vagy a szolgáltatás igénybevételekor co-paymentet fizet (Medicare chartbook, 2010; Medicaid: A primer 2010).

Finanszírozás

Nagy Britanniában 1997-ben vezették be az alapellátási körzeteket, amelyek finanszírozása során a népesség száma és korösszetétele mellett a ki nem elégített szükségletek és a keresleti eltérések szerint is súlyoznak. Az Egyesült Államokban a különböző egészségügyi szolgáltatások finanszírozására többféle allokációs mechanizmus terjedt el, mind az állami, mind a magánbiztosítók körében; egymással párhuzamosan vannak jelen a költségtérítéses és a különböző irányított betegellátási rendszerű finanszírozási mechanizmusok (pl. managed care, preferred provider organization) (Medicare chartbook, 2010; Medicaid: A primer 2010).

Szabályozás- aggregált ellátási döntések

A brit egészségügyi ellátórendszer finanszírozására a szigorú költségvetési kereteken nyugvó prospektív finanszírozás jellemző. Az Egyesült Államokban a magánbiztosítási szektorban szigorú költségvetési korlátok érvényesülnek. Ezzel szemben a Medicare és Medicaid programok állami finanszírozása retrospektív módon, költségvetési plafon nélkül történik.

Két nagy egészségügyi ellátórendszer összehasonlítása		
Szempont	USA	Nagy Britannia
Egészségügyi szolgáltató tulajdonviszonya	magántulajdon	köztulajdon
Egészségügyi szolgáltató finanszírozása	managed care rendszerek tételes teljesítmény elszámoláson alapuló finanszírozás	közfinanszírozott, teljes fejkvóta alapú alapellátás, alapellátás által finanszírozott szakellátás
Egyéni preferencia	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
Finanszírozás	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
Szabályozás	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 összehasonlítása

Mint a fentiekből is látható a piac által vezérelt vegyesgazdaság két meghatározó országában is egymástól nagymértékben különböző egészségügyi rendszer alakult ki. Figyelemre méltó azonban, hogy a két rendszer alapvetően másképp kezelte a piaci kudarcok kérdését – a brit 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, az Egyesült Királyságban a piac felé történtek elmozdulások, az Egyesült Államokban pedig az állami beavatkozások súlya nőtt meg, mint ezt az Obama elnök által fémjelzett egészségügyi reformban is megfigyelhetjük.

Tanulságok a magyar ellátórendszerre vonatkoztatva

Hasonlóan a brit egészségügyi rendszerhez Magyarországon is alapvető, hogy az ellátás igénybevételekor az ellátás térítésmentes. 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 az angol rendszerrel - nincs az ellátórendszernek olyan szereplője, aki közvetlenül érdekelt lenne ennek korlátozásában.

2. tézis: a hazai részleges fejkvótás finanszírozáson alapuló alapellátás önmagában biztosítja az egészségügyi ellátórendszer hatékony működését.

Hatékonyág az egészségügyben

Általános megfontolások

Az általános definíció szerint az erőforrások felhasználása akkor a leghatékonyabb, ha az elért haszon ösztársadalmi szinten maximális (Hurley, 1999). A hagyományos versenyző piacon a hatékonyság 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 mtsai, 2005).

A termelési hatékonyságot a hatékonyság horizontális dimenziójaként értelmezhetjük, azaz egy adott allokációs szinten belül érvényesülő termelékenység optimalizálását takarja. 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). Az egészségügyi rendszerek hatékonyságának jellemzésére több próbálkozás is történt. A WHO két kapcsolat elemzését ajánlotta a kimenetel és az egészségügyi erőforrások vizsgálatára, és összehasonlító elemzésére. Az egyik megközelítés az erőforrásokat az átlagos egészségi állapot (rokkantságtól mentes potenciális életévek- disability-adjusted life expectancy, DALE) függvényében vizsgálja, lehetővé téve a korábbi egészségügyi elemzésekkel való összehasonlítást, a másik megközelítésben egy összetett mutató segítségével jellemezte az átlagos egészségi állapotot. A mutató kialakítása során alkalmazott súlyokat több mint száz ország, több mint ezer orvosával végzett interjúk eredményei alapján alakították ki. Mindkét esetben az adott ország egészségügyi kiadásait használták az erőforrások jellemzésére. Ezen összetett mutató alapján 1997-ben Magyarország egészségügyi rendszere a 43. helyet foglalta el (WHO, 2000).

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. 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 szétoztását jelenti a különböző kasszák között. A 100 lépés program törvényileg megadta az ellátási érdeken alapuló allokációs hatékonyság növelésének lehetőségeit azáltal, hogy létrehozta az összevont szakellátási kasszát. A 2006-os költségvetésben már az összevont szakellátási kassa előirányzata került rögzítésre azzal a megkötéssel, hogy az aktív fekvőbeteg ellátás irányába nincs lehetőség a konverzióra (Egészségbiztosítási Alap 2006. évi költségvetésének teljesítése, 2007. május).

Mikroszintű allokáció

A gyógyító-megelőző ellátások tekintetében a mikroszintű allokáció alatt a szolgáltatók és szolgáltatásaik finanszírozásának meghatározásait értjük. A 2007. április 1-én hatályba lépett 2006. évi CXXXII Törvény az egészségügyi

ellátórendszer fejlesztéséről-t 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). Ezzel párhuzamosan a járó- és fekvőbeteg szakellátás ugyanazt az egészségnyereséget drágábban képes előállítani (Rose és mtsai, 2000; Grunfeld és mtsai, 2006; McAlister és mtsai, 2007); teljesítményelvű, fee-for-service jellegű finanszírozása révén az ellátás növelésében érdekelt (Orosz, 2001). 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. Az aggregált ellátási döntéseket illetően elmondható, hogy Magyarországon 2005 előtt a gyógyító-megelőző ellátásokra allokálható források disztribúciója puha költségvetési korlátok között nyílt, retrospektív módon zajlott. A finanszírozó folyamatosan próbálta követni az egészségügyi ellátórendszer által lejelentett költségeket, kvázi az egészségügy működésének teljes pénzügyi kockázatát magára vállalva. Jelentős változást a teljesítmény-volumenkorlát (TVK) 2004-es bevezetése

hozott (264/2003 (XII. 24.) Kormányrendelet 12. § (2)). Eszerint 2004-től a 2003. évre aktív fekvőbeteg súlyszámában (járóbeteg-ellátásnál pontszámában) elszámolt teljesítmény 98 %-a került teljes (100 %-os) országos alapdíjjal elszámolásra. E felett a jelentett és elszámolható teljesítmény degresszíven sávós rendszer szerint finanszírozódott. A 100 %-on finanszírozott teljesítmény előre definiálásával megtörtént az első lényeges elmozdulás a gyógyító megelőző ellátás zárt, prospektív finanszírozása felé. Ez a folyamat a 2006. II. félévi változásokkal teljesebben ki, amikortól a betegellátás teljesítményének elszámolásában a sávós finanszírozás megszűnt (132/2006 (VI. 15.) Kormányrendelet 5. § (4)), s ezáltal a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozása a makroszintű forrásallokációt tekintve, azaz az egészségügyi finanszírozó szempontjából optimális, zárt és prospektív finanszírozásúvá vált. Ez a folyamat az alapellátás változatlan finanszírozása mellett zajlott. Elmondható tehát, hogy az egészségügyi ellátás nyújtásának pénzügyi kockázatát a finanszírozó fokozatosan áthárította az erre felkészületlen, struktúráját tekintve több évtizedes, jelen finanszírozási rendszer által már nem respektált hagyományokat tükröző ellátórendszerre.

Mindezeket figyelembe véve biztosan állítható, hogy Magyarországon is változásokra van szükség, mert a demográfiai és az epidemiológiai háttér ismeretében a rendszer problémái - azt magára hagyva - csak tovább súlyosbodnak. El kell indulni azon az úton, melyen a szabályozók és az ösztönzők használata a költségek megfékezését eredményezheti.

3. tézis: a hazai részleges fejkvótás finanszírozáson alapuló alapellátás biztosítja a szakmai protokolloknak megfelelő betegellátást.

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, ill. hogy a gondozási tevékenység minősítése és monitoring-ja a rendelkezésre álló, az egészségügyi ellátás alapvető szolgáltatásainak nyilvántartására létrehozott és fenntartott adatbázisok alapján biztosítható-e.

Módszer

A protokoll-követést a protokoll által éves rendszerességgel elvégezni javasolt vizsgálatok célpopulációra jellemző gyakorisága jellemezte, azaz meghatározásra került, hogy hipertóniával és cukorbetegséggel 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 lettek áttekintve.

Az adott betegségben szenvedő betegek száma a Háziorvosi 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. A Hipertónia Társaság irányelve szerint a felnőttkori hipertónia gondozása során - jól beállított célvérnyomás érték esetén is - indokolt évente a szemfenék vizsgálata mellett laboratóriumi vizsgálatokra kiterjedő ellenőrzés is. A diabetes gondozás keretén belül inzulin-kezelést igénylő inzulin-dependens diabetes mellitus esetén évente négy, egyéb esetekben évente két alkalommal szükséges a HgA1c (glikozilált hemoglobin) szint meghatározása. Emellett évente javasolt vér- illetve vizeletvizsgálat, valamint alsóvégtagi Doppler és szemfenéki vizsgálat elvégzése is.

A protokollokból azok a vizsgálatok lettek kiemelve, melyek elvégzése a szakellátás keretén belül történik, mivel ezek gyűjthetők le az OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztálya) és BNO kódok alapján a TEA-ból.

Eredmények

A hipertóniás betegek gondozását jellemző paraméterek alakulása alapján megállapítható, hogy a javasolt 2004 és 2005 évi vizsgálatok közül 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 cukorbeteg

számának 5-7 %-a. Ez azt jelenti, hogy a cukorbeteg 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 szemfeneket 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.

A hipertónia illetve diabetes indikációval kért vizsgálatok az összesen elvégzett vizsgálatok rendkívül alacsony hányadát jelentik. Laboratóriumi vizsgálatok tekintetében nem érte el a 10 %-ot sem a hipertónia, sem a diabetes diagnózis mellett igényelt vizsgálatok aránya. A szemfenék vizsgálatoknak mindössze 8 %-a történt hipertóniás és szintén 8 %-a diabeteses betegeken. A legmagasabb arányt az alsóvégtagi Color Doppler vizsgálat esetén észleltük, a vizsgálatok 12 %-a diabetes diagnózis mellett került elvégzésre.

Megbeszélés

A jelen vizsgálat eredményei szerint a háziorvosi gondozásban a vizsgált időszakban (2004-ben és 2005-ben) nem kapott kellő hangsúlyt a releváns szakmai protokollok követése. Ha az irányelv szerint javasolt teljes vizsgálati spektrum valamennyi elemének teljesülése esetén tekintjük adekvátnak a gondozás minőségét, akkor a legalacsonyabb gyakorisággal elvégzett vizsgálatot kell indikátornak tekinteni. Így a hipertóniás és a cukorbeteg körében 1 % illetve 3 % alatt van azon betegek aránya, akik esetében az irányelvek szerinti eljárás pontos követése állapítható meg.

Ezek az alacsony mutatók több kérdést is felvethetnek:

- 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. A hipertónia és a diabetes gondozása egyértelműen háziiorvosi kompetencia, a vizsgálatok indikálása háziiorvosi feladat. Az alapellátási rendszerben az adott időszakban kevés olyan motiváló tényező volt, ami adekvát gondozási (valamint első és másodlagos prevenciós) tevékenységre ösztönzött volna. A magyarországi alapellátás korrigált fejkvóta szerint finanszírozott. Ez a bázisfinanszírozás több szempontból is kedvező; a területi ellátási kötelezettségen keresztül biztosítja a betegek egészségügyi ellátásához való hozzáférést; kapuőri funkciójának betöltésével pedig meg lenne a lehetősége annak, hogy szabályozza (ténylegesen lényegesen redukálja) a betegek beáramlását a fajlagosan költségesebb szakellátásba. Biztosíthatja továbbá, a betegek folyamatos gondozását és a hatékony betegút szervezést. A rendszer kizárólagos alkalmazásának negatív következménye azonban, hogy a betegellátásra fordított erőforrások (ráfordított idő, költség) minimalizálására, a preventív tevékenység mellőzésére sarkall. E megfontolás alapján Európa több országában áttértek a tisztán fejkvóta alapú finanszírozásról a vegyes, fejkvóta és tevékenység/teljesítmény alapú finanszírozásra (ESKI, 2008). A teljesítményarányos finanszírozás alapját indikátorokhoz kötött teljesítményértékelés képezheti. A hazai gyakorlatba esetlegesen bevezetendő indikátor alapú, vegyes (fejkvóta és tevékenység alapú) finanszírozási rendszer hozzájárulhatna a protokollok szorosabb követéséhez, egyrészt mert a finanszírozás bizonyos hányadát az általuk nyújtott szakmai ellátás színvonalához kapcsolva kaphatnák a háziiorvosok, másrészt mert megbízhatóbb kvantitatív visszajelzést nyújtana a praxisban folyó ellátásról.

A jelen 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).

4. tézis: az alapellátásban talált alacsony protokollkövetési ráta háttérében számos rendszerszintű korrekcióra szoruló anomália áll.

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

1. 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 házi orvosok 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. Alapvetően a háziiorvosi praxis tevékenysége jellemzően a betegek ellátására, szakrendelésekre irányítására, valamint a tevékenység igen nagy volumenű (sokszor vitatott indokoltságú, következésképp kérdéses pontosságú) adminisztrációjára korlátozódik. A krónikus betegek gondozása, s még inkább rehabilitációja esetleges, prevenciós tevékenységre pedig inkább csak kivételesnek tekinthető példák vannak.

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. Bár a háziiorvosi rendszerben végzendő prevenciós tevékenységet több kormány és miniszteri rendelet is tételesen előírja (43/1999. Korm rendelet, 51/1997 NM rendelet), s ennek elmaradását elvben szankcionálja (a praxishoz tartozó lakosság azon része után, akik 2 éven túl sem jelennek meg az esedékes vizsgálaton, a finanszírozást megvonják), a gyakorlatban a prevenciós

tevékenység - minden következmény nélkül - elmarad vagy esetleges. A jelenség nem a házi orvosok jogkövető magatartásának, de a feladat ellátására alkalmas személyi feltételek teljesülésének hiányát (is) bizonyíthatja.

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 szorzót növelő tényezőket a praxis lokalizációja, korösszetétele és az ellátást nyújtó orvos szakképesítése(i) alapján állapítják meg. A 2400 pont felett belépő degressziós tényező miatt a praxis létszám növekedésével már alig nő a finanszírozás (csak az e fölötti pontok négyzetgyökével). 2008-tól - további alkalmazott orvos vagy szakdolgozó belépése esetén - a degresszió érvényesítési határa kissé emelkedett. 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 (legalább is a degresszió érvényesítésének határáig) és a teljesítmény minimalizálására ösztönzi. Az OECD egy 2000-ben megjelent tanulmánya szerint annak ellenére, hogy Magyarországon a körzeti orvosi rendszert házi orvosi szolgálattá alakították át, a házi orvosok tevékenysége továbbra is elsősorban vényírásra és beutalásra korlátozódik (Orosz és mtsai, 2000).

A minőségbiztosítás hiánya

2. 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 (Országos Alapellátási Intézet, 2009) finanszírozási bonuszt ígérve, az alapellátás minőségbiztosításának teljes megoldása jelenleg még várat magára.

5. tézis: A hazai háziiorvosi rendszer alkalmas lehet az allokációs és termelékenységi hatékonyságot optimalizáló teljes fejkvótás finanszírozású ellátásszervezői feladatok elvégzésére.

Alapellátási teamek létrehozása

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

A házi orvos irányításával működő alapellátási team-nek az orvoson és ápolón kívül szükségszerűen tagja a feladatra felkészült pszichológus és népegészségügyi szakember. A pszichológiai és népegészségügyi szolgáltatás biztosítására elképzelhető a praxisok társulása, s e munkatársak idejének és alkalmazásuk költségeinek megosztása, miként erre az amerikai alapellátás is például szolgál (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.

Az alapellátás finanszírozásának átalakítása elválaszthatatlan a teljesítmény-indikátorok rendszerének kialakításától, melyek között a preventív szolgáltatások indikátorai is jól kimunkáltak kell, hogy legyenek, és finanszírozási konzekvenciákat kell, hogy hordozzanak.

A mai háziiorvosi ellátásban átlagosan öt perc jut egy beteg ellátására. A tevékenység-alapú finanszírozás keretei között differenciáltan lehetne finanszírozni a közepes (10-20 perces) és a hosszú (20-40 perces) időigényű vizsgálatokat illetve konzultációkat, valamint a rövid (10 percnél kevesebb időt igénylő) jellemzően adminisztratív viziteket (pl. ismételt receptfelírás), valamint a telefonos és az elektronikus (email) konzultációkat is.

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.

a, Elsődleges megelőzés

➤ **Egészségfejlesztés**

Az egészségfejlesztési tevékenység eredményességének jellemzésére szolgáló indikátorok elsősorban az egészségtudatos magatartásra ösztönző kampányok hatékonyságát tükrözik.

➤ **Immunizációs tevékenységek**

A megelőző tevékenységek közül a veszélyeztetett populációk vakcinációja az, amely az OECD által kifejezetten az alapellátáshoz rendelt tevékenység.

b, Másodlagos megelőzés

A másodlagos megelőzés a gyakorlatban a betegségek korai azonosítását célzó szűrővizsgálatokat jelenti, gyakorlatára vonatkozóan jelenleg is van hatályos jogszabály.

A szűrések hatékonyságát, a résztvevő lakosság arányát jelentősen növelhetné a szűréssel kapcsolatos tevékenységek beépítése a finanszírozott tevékenységek illetve 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, 2004).

A teljesítményarányos finanszírozás alapvető feltétele a leggyakoribb krónikus megbetegedésben szenvedő betegek regisztereinek kialakítása, majd ez alapján az indikátorokkal jellemzett teljesítmény-szinthez kapcsolt finanszírozás kialakítása. Célszerű a tevékenységet egy küszöbszint elérését követően finanszírozni (pl. a regiszterben szereplő diabeteses betegek 20%-nál elvégzett beavatkozás esetén járhat finanszírozás, ami 20% felett tevékenység-arányosan nő). Ezen elv érvényesítése ösztönözhetné a házi orvosokat, hogy a praxisukba tartozó betegek minél nagyobb hányadát aktívan keressék meg, és vonják be a gondozásba. Az adatok regionális és országos összehasonlíthatósága érdekében elengedhetetlen egységes kritériumrendszer meghatározása és a házi orvosok ilyen irányú képzése.

Az alapellátás minőségbiztosítása

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

A praxisok komplex, egységesített, jól kezelhető adatbázist igényelnek. A háziorvosi praxisnak nemcsak nyilvántartani (s a jelenleginél jobban szabályozott keretek között, a személyiségi jogok tiszteletben tartásával jelenti) kell a praxishoz tartozó ellátottak (nem csak betegek) adatait, de azokat (s természetesen az ellátottakat) rendszeres időközönként felül kell vizsgálni, s a tevékenység eredményességét a minőségbiztosítás szempontrendszer szerint is értékelni kell.

A háziorvosi szerepvállalás megerősítése

A 2008-as World Health Reportban a WHO egyértelműen állást foglalt az alapellátás közösségi orientációjának megerősítése mellett. Eszerint az ideális alapellátás felvállalja az egészségügyi problémák széleskörű orvoslását, a betegek irányítását az egészségügyben, koordinálja a betegek ellátását a különböző ellátási szinteken, folyamatos kapcsolatot ápol a páciensekkel és a páciensekkel kapcsolatban álló szakellátás szereplőivel, egészség promóciós és prevenciós tevékenységén keresztül lehetővé teszi a betegségek megelőzését, korai felismerését, akut és krónikus kezelését, a betegek gondozását, rehabilitációját. Ideális esetben ezeket a tevékenységeket alapellátási teamek nyújtják megfelelően biztosított finanszírozás mellett (WHO, 2008).

Komplex, integrált ellátás nyújtása

Napjainkban az egészség promóciót, a prevenciót, a betegségek diagnosztikáját, kezelését, akut illetve krónikus kezelését, rehabilitációját, otthonápolási és szociális ellátását átölelő komplex alapellátásra van szükség. Ennek értelmében az alapellátási team feladata a beteg – szükség esetén - megfelelő szakellátási szintre történő irányítása, a beteg népegészségügyi szűrőprogramokba való bevonása, az otthonápolás és egyéb szociális problémáinak kezelése. Az alapellátási team feladata összefoglalva: a beteg irányítása a népegészségügyi szolgáltatások és egészségügyi ellátás komplex közegében.

Az ellátás folytonosságának biztosítása

A betegek komplex élethelyzetének ismerete alapvető feltétel az ellátás folytonosságának a biztosításához. 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, ami együtt jár az alapellátás igénybevételenek növekedésével (Weinick, 2000).

Azonos ponton történő belépés az egészségügyi ellátórendszerbe

A komplex, folyamatos, egyénközpontú ellátás biztosításának alapvető feltétele, hogy a beteg stabil, hosszútávú személyes kapcsolatot ápoljon az ellátórendszer belépési pontján álló szereplőkkel.

Az alapellátó kapuóri funkciójának megerősítése

Egy erőteljes kapuóri funkcióval felruházott, lakosság közeli, komplex, integrált, egyénközpontú alapellátás, mely felvállalja az ellátások folytonosságának biztosítását mind időben, mind az ellátórendszer további szereplőinek tekintetében, alkalmas lehet az egészségügyi ellátások vertikális (allokatív) és horizontális (termelési) hatékonyságának optimalizálására.

Az alapellátó felelőssége egy jól definiált populáció ellátásáért

Az egyes alapellátási csapatok felruházása egy jól definiált populáció teljes egészségügyi ellátása iránti felelősséggel szintén hozzájárulhat a fent megfogalmazott célok megvalósulásához, mivel az alapellátási csapatok finanszírozási illetve szerződéses kötelemlen keresztül felelőssé tehetők a komplex, integrált egyénközpontú ellátás biztosításáért, valamint az egészségpromóció – prevenció - kuratív ellátás - rehabilitáció teljes vertikumán átívelő szolgáltatások biztosításáért.

Az alapellátó, mint ellátásszervező

Ha a háziiorvosi alapellátás szereplőit felruházzuk az adott populáció egészségi ellátásának felelősségével, és emellett megerősítjük kapuóri funkcióját (azáltal, hogy az egészségügyi ellátásba való belépés rajta keresztül zajlik), a háziiorvosi csapat mintegy mediátorként lép fel, megteremtve a kapcsolatot az egyének, a közösség, a betegek és az ellátási szintek között. A tapasztalat azt mutatja, hogy az ilyen jellegű felelősség és hatáskör növeli a csapat elégedettségi szintjét, a szakma presztízsét, mindemellett csökkenti a szakellátás indokolatlan igénybevételelét (WHO, 2008).

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

elvileg biztosított. A kvázi állandó betegkörhöz (a leadott kártyák számához) kapcsolt finanszírozás révén már most is megvan a betegek hosszútávú követésének lehetősége, hisz már jelenleg is a házi orvos az egészségügyi ellátórendszer azon szereplője, aki lakosság közeli ellátást nyújt. Mindazonáltal a részleges fejkvótás finanszírozás inherens hibája, hogy nem ösztönzi az alapellátásban a magasabb színvonalú szolgáltatás nyújtását.

További kutatási irányok

A disszertációban szereplő elemzést követően 2011. április 01-én lépett hatályba a 11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet, a házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól (11/2011. NEFMI rendelet). A rendelet a házi orvosi szolgáltatók által végzett prevenció, 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 házi orvosi 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 házi orvosi tételes betegforgalmi jelentés adatai, valamint a vényforgalmi adatok alapján történik.

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

Irodalmi és jogszabályi hivatkozások (a tézisekben)

- ÁDÁNY, R. [2008]: A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. Népegészségügy. 85. 5-20.
- BARR, N. [2009]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- BOCIENHEIMER, T. [2008]: The future of primary care: transforming practice. *New Engl J Med.* 359. 2086-2089.
- BONCZ, I., Nagy J., Sebestyén A., Körösi, L. [2004]: Financing of health care services in Hungary. *Eur J Health Econ.* 5. 252-258.
- EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP 2006. évi költségvetésének beszámolója [2006]
- EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET [2008]: Egészségügyi Rendszertudományi Iroda: Háziorvosok finanszírozása az EU tagországokban.
- 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.
- 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.
- GAÁL, P. [2004]: Hungary. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System Policies.
- 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 háziorvosi rendszerben. *Házi Jogorvos.* 1. 10-14.
- GRUNFELD, E., Levine, M.N., Julian, J.A., Coyle, D., Szechtman, B., Mirsky, D., Verma, S., Dent, S., Sawka, C., Pritchard, K. I., Ginsburg, D., Wood, M., Whelan, T. [2006]: Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol.* 24. 848-855.
- HURLEY, J. Feeny, D., Giacomini, M., Grootendorst, P., Lavis J.L., Stoddart, G., L., Torrance, G. [1999]: Közgazdasági szemlélet az egészségügyben: alapvető kérdések és elemzési módszerek. Flagship program.
- 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.
- 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.*
- MCALISTER, F.A., Majumdar, S.R., Eurich, D.T., Johnson, J.A. [2007]: The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Qual Saf Health Care.* 16. 6-11.
- MEDICAID: a primer [2010]: Kaiser Family Foundation. (<http://www.kff.org/medicaid/7334.cfm>)
- MEDICARE CHARTBOOK [2010]: Kaiser Family Foundation. (a www.kff.org)
- MIHÁLYI, P. [2003]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém.
- 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., Dózsa, Cs. [2005]: Az egészségbiztosítás. In: Egészség-gazdaságtan (szerk: Gulácsi). Budapest. Medicina. 309-347.

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

OROSZ, É. [2001]: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület.

ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET [2009]: Pályázati felhívás. Házi jogorvos. 2. 6-29.

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.

ROSE, J.H., O'Toole, E.E., Dawson, N.V., Thomas, C., Connors, A.F. Jr, Wenger, N., Phillips, R.S., Hamel, M.B., Reding, D.T., Cohen, H.J., Lynn, J. [2000]: Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment. Medical Care. 38. 1103-1118.

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 [2000]: The World Health Report. Health systems, improving performance. (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

WHO [2008]: The World Health Report 2008. Primary Care Now More Than Ever. (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_whr08_en.pdf)

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
264/2003 (XII. 24.) Kormányrendelet 12. § (2)
132/2006 (VI. 15.) Kormányrendelet 5. § (4)
43/1999. (III.3.) sz. (többször módosított) rendelete A Magyar Köztársaság Kormányának
Népjóléti Miniszter 51/1997. (XII.18). sz. rendelete

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 2011; megjelenés alatt

LEKTORÁLT CIKKEK HAZAI FOLYÓIRATBAN

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

Ádány Róza, Bugán Antal, Bíró Klára, Rurik Imre (2009): *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 2011, megjelenés alatt

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 Szűcs Editné, Bíró Klára: *Minőségbiztosítás a mérnökképzésben a Debreceni Egyetem Műszaki Karán. Építésszervezés és Építéstechnológia Konferencia, Innovatív módszerek és technológiák kiadvány 217-222, 2009*

Varga Emilné Szűcs Editné, Bíró Klára: *Feedback rendszer kialakítása a Debreceni Egyetemen. 15 th Building Services, Mechanical and Building Industry Days International Conference 290-297, 2009*

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