

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



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

DEBRECEN
2011.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom elsősorban szeretett családomnak, valamint témavezetőimnek Ádány Rózának és Kormos Jánosnak emberi és szakmai támogatásukért.

Külön köszönöm Nádházy Zsolt és Bányai Gábor kollegáimnak és a Stratégiai Igazgatóság munkatársainak segítő együttműködésüket.

Köszönettel tartozom továbbá Csaba Lászlónak, Makó Csabának, Fésüs Lászlónak, Paragh Györgynek és Polónyi Istvánnak inspirációjukért, a kutatás során hasznos tanácsaikért és kritikai útmutatásukért.

Kiemelt köszönet illeti meg Ádány Rózát és Zsuga Juditot, akik kezdettől fogva támogattak, valamint a dolgozat első számú olvasói, bírálói és felvetéseikkel segítői voltak.

Tartalomjegyzék

1. Ábrák jegyzéke	6
2. Táblázatok jegyzéke	9
3. Bevezetés	11
3.1. A témafelvetés indoklása	11
3.2. Az értekezés módszertana, felvetései, kérdései	12
3.3. A dolgozat felépítése	14
4. Az egészségügyi ellátórendszer működésének szocio-gazdasági háttere: a nagy gazdasági rendszerek és a Szociális Modellek különbözőségei	16
4.1. Általános megfontolások	16
4.2. Modern kapitalizmus	17
4.2.1. A tökéletes verseny	18
4.2.2. Teljes piacok	18
4.2.3. A piaci kudarcok hiánya	18
4.2.4. Tökéletes informáltság	19
4.3. A kapitalizmus fejlődési irányai a piaci kudarcra adott válasz szerint	19
4.3.1. A piac által vezérelt gazdaság	20
4.3.2. Az állam által vezérelt gazdaság (Franciaország)	22
4.3.3. A tárgyalásos, neokorporatív gazdaság	24
4.4. A jóléti állam	25
4.5. A szocializmus	28
4.5.1. Az államszocializmus - azaz a szovjet modell	28
4.5.2. A piaci szocializmus	30
4.6. Európa válasza a szociális kihívásokra	31
4.6.1. A Szociális Modell alakváltozásai	32
4.6.2. A Magyar Szociális Modell	34
5. Az egészségügyi rendszerek működését meghatározó együttható tényezők	36
5.1. Általános megfontolások	36
5.2. Életminőség	37
5.2.1. Az egészség meghatározása	37
5.2.2. A megnövekedett élettartam gazdasági hatásai	38
5.2.3. A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói- halálzási mutatók	38
5.2.4. Foglalkoztatottság	41
5.2.5. Iskolázottság	43
5.3. Magyarországi sajátosságok a rendszerváltást követően	45
5.3.1. Az egészségi állapot változása a mortalitási adatok tükrében a rendszerváltást követően	45
5.3.2. A rokkantság mutatói	53
5.3.3. Foglalkoztatottság változásai a rendszerváltás után	53
5.3.4. Az iskolázottság helyzete: emberi fejlődés indexe (human development index)	64
6. Az egészségügyi ellátórendszerek sajátosságai	68
6.1. A piaci koordináció kudarcára adott válasz az egészségügyi ellátórendszerekben	68

6.2. A piaci koordináció hatékonysági feltételeinek (nem) teljesülése az egészségügyben	72
6.2.1. A tökéletes verseny feltételének sérülése az egészségügyben	73
6.2.2. Tökéletes információk feltételének sérülése az egészségügyben	74
6.2.3. Biztosítási problémák	75
6.2.4. Piaci kudarc: externáliák jelenléte	75
6.3. A nagy-britanniai és amerikai egészségügyi ellátórendszer összehasonlítása	77
6.3.1. Az egészségügyi rendszerek kialakulásának rövid összefoglalása	78
6.3.2. Összehasonlító vizsgálat	79
6.4. Hatékonyság az egészségügyben	92
6.4.1. Általános megfontolások	94
6.4.2. Allokációs hatékonyság	96
6.4.3. Finanszírozási rendszerek	96
6.5. Az egészségügy humán erőforrás helyzete	102
6.5.1. Szakorvosi ellátottság – nemzetközi kitekintés	104
6.5.2. Bérezés – nemzetközi kitekintés	108
6.5.3. Szakember-képzés – nemzetközi kitekintés	109
7. A magyar egészségügyi ellátórendszer áttekintése	111
7.1. A magyar egészségügyi ellátórendszer jogszabályi keretei	111
7.2. Forrásallokációs szintek	113
7.2.1. Makroszintű forrásallokáció	113
7.2.2. Mezoszintű forrásallokáció	116
7.2.3. Mikroszintű forrásallokáció	117
7.3. Az egészségügyi ellátás szintjei	120
7.3.1. Az alapellátás	120
7.3.2. Járóbeteg-szakellátás	123
7.3.3. Fekvőbeteg-szakellátás	124
7.4. Az egészségügy humán erőforrásának helyzete Magyarországon	135
7.4.1. Szakorvosi ellátottság	135
7.4.2. Bérezés	138
7.4.3. Közalkalmazotti „életpálya”	141
8. Az alapellátás jelentősége a magyar egészségügyben	147
8.1. Általános megfontolások	147
8.2. A hazai alapellátás korrekcióra szoruló anomáliái	149
8.2.1. Az ellátást nyújtó személyzet mennyiségi és minőségi hiányosságai/problémái, a kompetenciák tisztázatlansága	149
8.2.2. Az elvárt szolgáltatás tartalmának hiányos definíciója	150
8.2.3. A teljesítmény indikátorok mellőzésével kialakított fejkvóta alapú finanszírozás	151
8.2.4. A minőségbiztosítás hiánya	153
8.3. A szakmai protokoll-követés vizsgálata a házi orvosi gondozási gyakorlatban	153
8.3.1. Módszer	154
8.3.2. Eredmények	156
8.3.3. Megbeszélés	158
9. Lehetőségek az alapellátás átalakítására	162
9.1. Alapellátási teamek létrehozása - a kompetenciák tisztázása	162
9.2. A házi orvosi szerepvállalás megerősítése- az elvárt szolgáltatás definiálása	164
9.2.1. Komplex, integrált ellátás nyújtása	165
9.2.2. Az ellátás folytonosságának biztosítása	166
9.2.3. Azonos ponton történő belépés az egészségügyi ellátórendszerbe	166

9.2.4. Az alapellátó kapuóri funkciójának megerősítése	167
9.2.5. Az alapellátó felelőssége egy jól definiált populáció ellátásáért	168
9.2.6. Az alapellátó, mint ellátásszervező	168
9.3. Az alapellátás finanszírozásának átalakítása	169
9.3.1. Tevékenység-alapú finanszírozás - Struktúrált szolgáltatás	170
9.3.2. A prevenció szintjeihez rendelt minőségi indikátorok lehetséges alkalmazása	170
9.4. Az alapellátás minőségbiztosítása	175
9.5. Új irányok	176
10. Tézisek, eredmények és összefoglalás	179
10.1. Tézis	179
10.1.1. Bevezető	179
10.1.2. Eredmények	179
10.1.3. Megbeszélés	181
10.2. Tézis	183
10.2.1. Bevezető	183
10.2.2. Eredmények, megbeszélés	183
10.3. Tézis	187
10.3.1. Bevezető	187
10.3.2. Módszer	187
10.3.3. Eredmények	188
10.3.4. Megbeszélés	189
10.4. Tézis	191
10.4.1. Bevezető	191
10.4.2. Eredmények, megbeszélés	191
10.5. Tézis	194
10.5.1. Bevezető	194
10.5.2. Eredmények, megbeszélés	194
11. Összefoglalás: A dolgozat által feltárt problémák és megállapítások, s azok tanulságainak alkalmazása a hazai egészségügyi ellátórendszer javítása érdekében	199
12. Hivatkozások jegyzéke	213

1. Ábrák jegyzéke

1. **sz. ábra:** A 25-34 éves és az 55-64 éves népesség felsőfokú végzettséggel rendelkező részaránya (%) 2008-ban egyes európai országokban (Eurostat, 2010).
2. **sz. ábra:** A 25-64 éves korosztály iskolázottsági adatai az alap-, közép- és felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya szerint az Európai Unióban és néhány európai országban (Eurostat, 2009).
3. **sz. ábra:** A születéskor várható átlagos élettartam *Magyarországon* és az *OECD* *országai*ban 1960-2007 között (OECD, 2009a).
4. **sz. ábra:** A születéskor várható átlagos élettartam és a vásárlóerő paritásra korrigált egy főre jutó nemzeti össztermék viszonya az OECD országokban (OECD, 2005).
5. **sz. ábra:** A születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon és Közép-Kelet-Európa néhány országában 2009-ben (HFA adatbázis, 2011. január).
6. **sz. ábra:** A születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon, Lengyelországban és Csehországban 2007-ben (OECD Health Data, 2009a; Csire és Németh, 2007).
7. **sz. ábra:** A 25-64 éves férfiak és nők korai halálozásának területi különbségei Magyarországon megyék megyeszékhelyei és vidéki területei szerinti bontásban 2009 (HFA adatbázis, 2011. január; Forrás: Ádány R. (szerk.), *Megelőző orvostan és népegészségtan*, 2. kiadás, Medicina Kiadó, Budapest, megjelenés alatt).
8. **sz. ábra:** A társadalmi-gazdasági státusz index alapján meghatározott területi egyenlőtlenségek Magyarországon, 2001. (Juhász és mtsai, 2009).
9. **sz. ábra:** Egészségben töltött várható élettartam (HALE) az Európai Régióban, 2002 (WHO, 2002).
10. **sz. ábra:** A 35 éves korúak egészségben, illetve betegségben várható élettartamának alakulása iskolai végzettség szerint 2005-ben Magyarországon (KSH, 2006).

- 11.sz. ábra:** A 8 általánost, vagy annál kevesebbet végzett foglalkoztatottak arányának alakulása Magyarországon (Semjén, 2005).
- 12.sz. ábra:** A foglalkoztatottság alakulása Magyarországon az EU15 átlaggal összehasonlításban (Kertesi és Varga, 2005).
- 13.sz. ábra:** Regisztrált munkanélküliek a munkavállaló korú népesség arányában 2011. február (www.geindex.hu).
- 14.sz. ábra:** A 25–64 éves népesség legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása (%) az EU-átlagához viszonyítva nemenkénti bontásban, 2001 I. = I. besorolás (szakmunkás, szakiskolai, szakközépiskolai és gimnáziumi végzettségűek egybe sorolása), II. = II. besorolás (szakközépiskolai és gimnáziumi végzettségűek egybe sorolva) (Kertesi és Varga, 2005).
- 15.sz. ábra:** A legalább középiskolai végzettségűek aránya a 25–64 éves népességben az Európai Régió országaiban (Eurostat, 2009).
- 16.sz. ábra:** HDI alakulása Magyarországon, Európában, Közép-Ázsiában és a világon 1980-2010-ig (UNDP, 2011).
- 17.sz. ábra:** A HDI és komponenseinek alakulása Magyarországon 2010-ben (UNDP, 2011).
- 18.sz. ábra:** Az egészségügyi hatékonyság „két dimenziója”- a termelési és az allokációs hatékonyság (Bíró és mtsai, 2011a).
- 19.sz. ábra:** Szakorvosok 100.000 lakosra jutó száma országos bontásban az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal által szolgáltatott adatok alapján (EEKH, 2007).
- 20.sz. ábra:** Az Egészségbiztosítási Alap költségvetése 1999-2007 (Dózsa, 2007).
- 21.sz. ábra:** A finanszírozás környezete (Dózsa, 2007).
- 22. sz. ábra:** Járóbeteg szakellátás Magyarországon (Kincses, 2007).
- 23.sz. ábra:** A kiemelt kórházak és az alapszakmákat nyújtó kórházak elhelyezkedése vidéken (Kincses, 2007).
- 24.sz. ábra:** Az általános orvos diplomával megszerezhető alapszakképesítéssel rendelkező szakorvosok 100 ezer lakosra jutó száma és életkor szerinti megoszlása Magyarország régióiban (EEKH, 2007).
- 25.sz. ábra:** Orvos-keresetek nemzetközi összehasonlításban (Az 1 főre jutó GDP többszöröseként kifejezve) (Mihályi, 2006).

- 26. sz. ábra:** A kórházi nővérek keresete nemzetközi összehasonlításban (Az 1 főre jutó GDP többszöröseként kifejezve) (Mihályi, 2006).
- 27. sz. ábra:** A szakorvosok relatív keresete az orvos-ellátottság függvényében (Mihályi, 2006).
- 28. sz. ábra:** Az egészségügyi kiadások és a GDP évi átlagos növekedésének (%) viszonya az OECD tagállamokban, 1993 – 2008 (OECD Health Data, OECD Publishing, Párizs, 2010a).

2. Táblázatok jegyzéke

1. **sz. táblázat:** A tulajdon és a belső koordináció belső összefüggésein alapuló gazdasági rendszerek (Bara és Szabó, 2006a).
2. **sz. táblázat:** Születéskor várható átlagos élettartam nem és iskolai végzettség szerinti bontásban (Klinger, 2007).
3. **sz. táblázat:** Az USA és Nagy-Britannia egészségügyi ellátórendszereinek áttekintő összehasonlítása (Bíró és mtsai, 2011b).
4. **sz. táblázat:** Az USA és Nagy-Britannia egészségügyi ellátórendszereinek részletes összehasonlítása (Bíró és mtsai, 2011b).
5. **sz. táblázat:** Az USA és Nagy-Britannia egészségügyi ellátórendszereinek összehasonlítása fogyasztó/szolgáltató/finanszírozó oldal szerinti megközelítésben (Bíró és mtsai, 2011b).
6. **sz. táblázat:** A kórházi ágyak száma és aránya ezer lakosra Nagy-Britanniában (OECD, 2005).
7. **sz. táblázat:** Az egészségügyi dolgozók száma és aránya ezer lakosra Nagy-Britanniában, 2003 (OECD, 2005).
8. **sz. táblázat:** A kórházi ágyak számának alakulása (ezerben) az Amerikai Egyesült Államokban (Statistical Abstract of the United States, 2003).
9. **sz. táblázat:** Az egészségügyi dolgozók számának alakulása az Amerikai Egyesült Államokban (OECD, 2003a).
10. **sz. táblázat:** Az egészségügyi ellátórendszer főbb mutatói (Bíró és mtsai, 2011a).
11. **sz. táblázat:** A háziiorvosi ellátás jellemző mutatóinak változása Magyarországon 1990-2006 között (KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2006).
12. **sz. táblázat.** A hipertónia és a diabetes gondozás minőségének jellemzése szempontjából releváns vizsgálatok és beavatkozások megnevezése, ill. azok WHO kódja (Bíró és mtsai, nem közölt adatok).

- 13.sz. táblázat:** A hipertónia és a diabetes gondozás keretén belül elvégzett vizsgálatok aránya az adott betegséggel diagnosztizált betegek számához viszonyítva (Bíró és mtsai, nem közölt adatok).
- 14.sz. táblázat:** A hipertónia, illetve diabetes indikációval rendelt vizsgálatok aránya az összes elvégzett vizsgálatához viszonyítva (Bíró és mtsai, nem közölt adatok).
- 15.sz. táblázat:** Az egészségfejlesztési tevékenység hatékonyságának indikátorai (Bíró és mtsai, 2008).
- 16.sz. táblázat:** Az elsődleges, vakcinációra alapozott, megelőző alapellátási tevékenység indikátor-arányszámainak származtatása (Bíró és mtsai, 2008).
- 17.sz. táblázat:** Az alapellátásban végzett gondozási tevékenységet jellemző indikátorok (Bíró és mtsai, 2008).
- 18.sz. táblázat:** Az alapellátás korrekcióra szoruló anomáliái és lehetséges megoldások (Bíró és mtsai, nem közölt adatok).

3. Bevezetés

3.1. A témafelvetés 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 reformcsomag.

Nap mint nap napirenden van az egészségügy valamilyen aspektusa, gondoljunk csak az orvosok, 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 ellátásai nem fenntarthatóak.

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.

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

3.2. Az értekezés módszertana, felvetései, kérdései

A kutatási kérdések pontos megfogalmazásához, a felvetett kérdések megválaszolásához és a hipotézisek vizsgálatához részletes irodalmi áttekintés készült

- (i) a nagy gazdasági rendszerek és a Szociális Modell témaköréről,
- (ii) az egészségügy helyzetét alapjaiban meghatározó humán erőforrás sajátosságairól (életminőség, iskolázottság, foglalkoztatottság),
- (iii) az egészségügyi ellátórendszerekről kitérve az egészségügyi piac sajátosságaira, a hatékonyság kérdésére az egészségügybe, a különböző finanszírozási technikákra, valamint
- (iv) az egészségügyi ellátórendszert alapjaiban meghatározó alapellátásról.

Az áttekintett fogalmakat elemeztük nemzetközi példák, valamint a magyar egészségügyi rendszer kontextusában és vizsgálataink eredményei alapján javaslatokat fogalmaztunk meg. A mai magyar alapellátási praxisok jellemzése során megvizsgáltuk, hogy milyen mértékben követték a házi orvosok egy adott időszakban a szakmai irányelveket, ajánlásokat a hipertónia és a diabetes mellitus gondozása tekintetében, ill. hogy a gondozási tevékenység minősítése és monitoringja a rendelkezésre álló, az egészségügyi ellátás alapvető szolgáltatásainak nyilvántartására létrehozott és fenntartott adatbázisok alapján biztosítható-e.

A protokoll-követést a protokoll által éves rendszerességgel elvégezni javasolt vizsgálatok célpopulációra jellemző gyakoriságának meghatározásával jellemeztük, azaz meghatároztuk, hogy hipertóniával és cukorbetegséggel nyilvántartásban szereplő betegek között milyen arányban fordulnak elő azok, akik esetében a javasolt vizsgálatok elvégzésre kerültek. A hipertónia gondozását a Hipertónia Társaság „A hipertónia-betegség kezelésének szakmai irányelvei” (MHT, 2003), a diabetes gondozást a Belgyógyászati Szakmai Kollégium Diabetes Munkabizottságának „A diabeteses beteg gondozása, oktatása” c. irányelve (BSZK, 2003) alapján tekintettük át.

Az adott betegségben szenvedő betegek számát a Házi Orvosi Morbiditási Adatgyűjtési Program (HMAP) az ország lakosságára reprezentatív mintáján nyert prevalencia adatok alapján becsültük (Széles és mtsai, 2005). Tekintettel arra, hogy a 18 év alatti korosztály gondozását gyermek házi orvosok is végezhetik, mely adatok nem kerülnek

be a HMAP rendszerébe, továbbá mivel az általunk használt adatbázis (ld. később) 25 éves kortól tartalmaz érdekes információkat, vizsgálatainkat a 25 év feletti populációra korlátoztuk.

A BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) és WHO (World Health Organization) adatokra vonatkozó lekérdezéseket az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) Tételes Egészségügyi Adattárából (TEA) végeztük 2009. június 08-án (ESKI 2008). Mivel a HMAP a 25-X éves felnőttekre vonatkozóan szolgáltat morbiditási adatokat, ezért a magyar biztosítási rendszer keretében finanszírozott, hipertónia, illetve diabetes diagnózis mellett elvégzett összes vizsgálat számát is a 25 év feletti betegekre vonatkozóan kértük le (esetszámok, 1-es és 6-os térítési kategória). A TEA-ból jelenleg a kérdéses vizsgálatok számára vonatkozó adatok, mint a szakellátás teljesítményadatai kérhetők le (vagyis nem lehet a beküldő típusa szerint szűkíteni a lekérdezéseket), így a közölt adatok az összes beküldő által az adott diagnóziskód tartományra vonatkozó összes vizsgálatot tartalmazzák. A jelen vizsgálat elvégzése szempontjából ez nem korlátozó tényező, mert az irányelvek követése szempontjából nincs jelentősége annak, hogy ki rendeli el az adott vizsgálatot. Tekintettel arra, hogy a TEA-ban a vizsgálati számok akkor 2004-ről és 2005-ről álltak rendelkezésre, az ekkor érvényes irányelvek követési arányát vizsgáltuk meg. A protokollokból azokat a vizsgálatokat emeltük ki, melyek elvégzése a szakellátás keretén belül történik, mivel ezek gyűjthetők le az OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztálya) és BNO kódok alapján a TEA-ból. Megvizsgáltuk továbbá, hogy az adott betegek körében elvégzett vizsgálatok száma hogyan viszonyul az adott évben végzett összes vizsgálati számhoz az egyes vizsgálatfajták esetében.

Az értekezés

- Feltárja az egészségügy működését meghatározó szoci-gazdasági keretet a nagy gazdasági rendszerek aspektusából.
- Elemzi az életminőség kapcsolatát a foglalkoztatottsággal, valamint az iskolázottsággal.
- Vizsgálja az egészségügyi ellátórendszerek sajátosságait kitérve a hatékonyságra, a finanszírozásra és az egészségügy humán erőforrás helyzetére.
- Az egészségügyi ellátás minőségét és eredményességét meghatározó mértékben befolyásoló alapellátási rendszerre fókuszálva – az amerikai és az angol

ellátórendszer sajátosságainak komparatív elemzésének konkluzióira építve – áttekinti a házi orvosi szakmai protokoll követés gyakorlatát és rámutat a hazai alapellátás korrekcióra szoruló anomáliáira is.

- S végül lehetséges kitörési pontokat azonosít, mely a teljes magyar ellátórendszer átfogó reformjához járulhat hozzá.

Kutatási tézisek:

- 1. tézis: egy ország gazdasági fejlődésének történelmi hagyományai alapjaiban határozzák meg az egészségügyi ellátórendszer struktúráját, a piaci alokáció és az állami beavatkozás mértékét.
- 2. tézis: a hazai részleges fejkvótás finanszírozáson alapuló alapellátás önmagában biztosítja az egészségügyi ellátórendszer hatékony működését.
- 3. tézis: a hazai részleges fejkvótás finanszírozáson alapuló alapellátás biztosítja a szakmai protokolloknak megfelelő betegellátást.
- 4. tézis: az alapellátásban talált alacsony protokollkövetési ráta háttérben számos rendszerszintű korrekcióra szoruló anomália áll.
- 5. tézis: A hazai házi orvosi rendszer alkalmas lehet az alokációs és termelékenységi hatékonyságot optimalizáló teljes fejkvótás finanszírozású ellátásszervezői feladatok elvégzésére.

3.3. A dolgozat felépítése

A dolgozat hét fejezetből áll:

- *Az első és a második fejezet az egészségügyi ellátórendszer működésének szocio-gazdasági háttérét mutatja be; egyrészt elemzi a kapitalizmus, a jóléti állam, a szocializmus rendszerének sajátosságait, másrészt megvizsgálja a lakosság humán erőforrás 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 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 ellátórendszerben, ezen belül egy alfejezet az alapellátás korrekcióra szoruló anomáliáira koncentrál, 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 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.

4. Az egészségügyi ellátórendszer működésének szocio-gazdasági háttere: a nagy gazdasági rendszerek és a Szociális Modellek különbözőségei

4.1. Általános megfontolások

A gazdasági rendszereket alapvetően két intézmény határozza meg - a tulajdon és a koordináció intézménye.

A gazdaság önálló alrendszerként való létrejöttének alapvető feltétele volt a magántulajdon és a magántulajdonnal rendelkező gazdasági szereplők megjelenése, valamint a tulajdon intézményesítése alkotmányos garanciákon keresztül.

A magántulajdonnal az állami tulajdonosi forma állítható szembe.

A koordináció intézményének alapvető feladata a gazdasági tevékenységek összehangolása, többek között a tevékenységek ráfordításainak, kibocsátásainak a hatékony allokációját biztosítani.

A koordináció intézményének tekintetében is alapvetően két alapformát különíthetünk el: a piaci és a bürokratikus koordináció intézményét. A piaci koordináció esetén mellérendelt gazdasági szereplők közötti kapcsolatokról beszélhetünk, melyek fő motivációja a pénzbeli nyereség realizálása. Jellemző továbbá, hogy a gazdasági ügyletek monetarizáltak. Ezzel szemben a bürokratikus koordinációt a gazdasági szereplők közötti, intézményesített kényszer által vezérelt vertikális (alá-felé rendeltségi) viszony jellemzi. Ebben a formában a gazdasági ügyletek nem feltétlenül jelennek meg monetáris formában.

E két szempont szerint felrajzolható a modern gazdasági rendszerek mátrixa:

Tulajdon	Koordináció	
	bürokratikus	piaci
magán		kapitalizmus (piacgazdaság)
állami	államszocializmus (tervgazdaság)	

1. sz. táblázat: A tulajdon és a belső koordináció belső összefüggésein alapuló gazdasági rendszerek (Bara és Szabó, 2006a).

A kapitalizmusra jellemző, hogy a piac válik a gazdasági döntésekhez szükséges információ forrásává. A piac által feldolgozott információ az árakban ölt testet, mely ilyen formán magában hordozza a gazdasági szereplők számára releváns információt, és hatékonyan képes a gazdaságot egységes gazdasági renddé szervezni.

Ezzel szemben a bürokratikus koordinált tervgazdasági rendszerek inherens sajátossága, hogy egy mesterséges hatalmi rendszer szabályozza a gazdasági folyamatok kereteit, mely azonban szükségszerűen kevésbé hatékonyan képes a gazdaságban fragmentáltan jelen levő információk egységesítésére és feldolgozására.

4.2. Modern kapitalizmus

A kapitalizmus két sarokköve a magántulajdon és a piaci koordináció. A korai kapitalizmust a családi vállalkozások (a tulajdonosi és ellenőrzési szerepek egysége) és a korlátlan felelősség jellemezte. A tömegtermelés megjelenésével jelentősen megnőtt a piacok tőkeintenzitása, életre hívva a résztulajdon, a korlátolt felelősség intézményét, valamint a tőketulajdonosi szerkezet módosulását a tulajdonosi és ellenőrzési szerepek szétválásával.

A kapitalizmus alapját képező piaci koordináció azonban csak bizonyos alapvető feltételek teljesülése esetén lehet hatékony (Barr, 2009a). Ezek:

1. a tökéletes verseny,
2. a teljes piac,
3. a piaci kudarcok hiánya, és
4. a tökéletes informáltság.

4.2.1. A tökéletes verseny

A termékek, a termelési tényezők és a tőkepiacokon feltételezett tökéletes verseny két alappillére az árelfogadás és a hatalmi egyenlőség. Az árelfogadás alapvető feltétele a piacra történő belépés korlátainak hiánya valamint a nagyszámú piaci szereplő jelenléte.

4.2.2. Teljes piacok

Ez a feltételezés megköveteli, hogy minden olyan áru és szolgáltatás jelen legyen a piacon, amelyért a fogyasztók hajlandóak a termelés költségeit fedező árakat megfizetni.

4.2.3. A piaci kudarcok hiánya

A piaci kudarcok hiánya három alapvető esetben sérülhet: a tiszta közjavak, az externáliák és a növekvő mérethozadék esetén. Belátható, hogy tiszta közjavak esetén mivel a termék fogyasztása nem kényszerít versenyre, fogyasztásából nem zárható ki senki, és fogyasztását a gazdasági szereplők nem utasíthatják vissza, így a piac nem lehet hatékony. Externáliák jelenléte esetén a piactisztító kibocsátás meghaladhatja a hatékony output mennyiségét. Növekvő volumenhozadék esetén a piac nem tudja kompenzálni azt, hogy az átlagköltség meghaladja a határköltséget, s az ebből keletkező

tartós veszteségek a versengő vállalatok számának (végső soron akár nullára) csökkenéséhez vezet.

4.2.4. Tökéletes informáltság

Az információs probléma két aspektusra bontható: az egyik az információhoz való hozzáférés, a másik az információ feldolgozásának problémája (Barr, 2009c). A tökéletes informáltság állapotának eléréséhez legalább három területen szükséges ismeretekkel rendelkezni: a termék minőségével, árával kapcsolatosan és a jövőre vonatkozóan. A fogyasztói szuverenitás gyakorlása azonban megköveteli, hogy a termék minőségére és árára vonatkozó információk egyidejűleg álljanak rendelkezésre. A jövőre vonatkozó ismeretek segítségével a valószínűségi kockázat minimalizálható.

4.3. A kapitalizmus fejlődési irányai a piaci kudarcra adott válasz szerint

Valamely feltétel teljesülésének hiányában szükség lehet a piactól idegen szabályozók (pl. állami beavatkozás) érvényesítésére a piac hatékony működésének helyreállításához. Ennek megfelelően a piac kudarcára adott eltérő válasz eredményeként a különböző mértékű állami beavatkozás nyomán a kapitalizmus történelmileg egymással párhuzamosan három fejlődési irányt vett (Bara és Szabó 2006a):

1. piac által vezérelt gazdaság (Egyesült Államok, Egyesült Királyság),
2. tárgyalásos, neokorporatív gazdaság (Svédország),
3. állam által vezérelt gazdaság (Franciaország, Japán).

Ezeket a rendszereket összefoglalóan modern vegyesgazdasági rendszereknek (vagy modern piacgazdaságnak) nevezzük. Jellemző, hogy az allokációs folyamatok a kapitalizmus ezen modern formáiban nem tisztán piaci alapon valósulnak meg, hanem a bürokratikus koordináció eszközeivel az állam (eltérő mértékben) beavatkozik a jövedelmek elosztásába, és a jövedelmek újraelosztásába (Bara és Szabó, 2006a).

4.3.1. A piac által vezérelt gazdaság

Történelmi háttér - korai iparosodás

A korai iparosodás útját járó országokban korán kialakult a liberális magángazdasági szereplők által meghatározott parlamentáris politikai rendszer. Jellemző volt a kiegyensúlyozott gazdasági növekedés, s mivel a termelés technológiai és pénzügyi feltételei alacsonyak voltak, így a vállalat válhatott a gazdaság központi szereplőjévé. Tekintettel a magángazdaság szereplőinek társadalomban betöltött domináns szerepére az államnak nem volt megfelelő eszköze a gazdaság struktúráját érintő beavatkozásokhoz, így a korai iparosítás során a vállalat játszhatta a központi szerepet. Míg az Egyesült Államokban nem volt meg a feudalizmus történelmi intézménye, addig Angliában a liberális elvek térhódítását meg kellett, hogy előzze a feudális intézmények politikai szerepének gyengülése. Emellett a XIX. században a modern állam kialakulását nem kísérte gazdaságpolitika magángazdasági szabályozásra alkalmas végrehajtó apparátus kiépítése sem (Bara és Szabó, 2006b).

A piac szerkezete és szerepe

A piac által vezérelt gazdaság a vegyesgazdasági rendszerek azon formája, melyben az állam gazdaságirányításban betöltött szerepe minimális, a piac tölti be a meghatározó szabályozási szerepet. Az állam nem avatkozik be sem a mikroökonómiai folyamatokba, sem a vállalatok tevékenységébe, sem a piaci koordinációba. Az erőforrások piaci allokációjában a tőkepiacok, részvénytőzsdék és a tőzsde játssza a kulcsszerepet. A vállalatok tőke alapon szerveződnek, a vállalat a tőketulajdonosoké és ők részesülnek a jövedelemből, valamint a kockázatokból is. A növekvő skáláhozadék maximalizálásához szükséges tőkekoncentráció elérése érdekében megjelenik az osztott tőketulajdon, azaz a részvénytulajdon, és ennek jogi kerete a korlátolt felelősség intézménye. A folyamat eredményeként a vállalati tulajdon átruházhatóvá válik, s a tulajdonos függetlenedik a vállalattól, és kialakul a részvénytőzsde. A tulajdonosi

ellenőrzés csökken, teret adva a tulajdonosi struktúrától elkülönülő operatív vezetőség (menedzsment) megjelenésének. A vállalatok részvénytőzsi megítélését jelentősen befolyásolja a spekulánsok különböző mutatókra alapozott rövidtávú várakozása (Bara és Szabó, 2006b).

Az állam szerepe

A piacorientált vegyesgazdaságban az állami szabályozás a piaci szereplők igényeit szolgálja, elsősorban azokat védi, akik a tisztán piaci viszonyok között kiszolgáltatottá válnának. A piaci folyamatok természetes evolúciójának végterméke a monopóliumok létrejötte, ugyanekkor a monopolizált ágazatoknak kiszolgáltatott vásárlók érdeke életre hívta a trösztellenes törvényeket és a fogyasztóvédelmet. A másik jelentős állami beavatkozási terület a munkaadók és munkavállalók közötti viszony szabályozásában jelenik meg. A munkavállalók védelmében az állami szabályozás kiterjed a munkavédelem, a törvényes munkaidő, a minimálbér kérdéseire valamint a diszkrimináció tilalmára. A piac normális működésének biztosítása érdekében a pénzügyi rendszer szabályozása is szükségessé vált a pénzpiacon az információs aszimmetria miatt kiszolgáltatott megbízó védelmében (megbízó-ügynök dilemma) (Bara és Szabó, 2006b).

A banki szerepvállalás

A piacorientált rendszerek sajátja a tőkepiac alapú modell (Ritter és mtsai, 2008), melyre jellemző a fejlett részvény- és kötvénytőzsi. A részvénytőzsi mérete jóval meghaladja a bankszektor méretét. A tőke szempontjából a banki hitelek csak a kis- és középvállalatok finanszírozására szolgálnak. A beruházásokat kötvények és részvények kibocsátásából és nem a banki hitelekből fedezik, ez utóbbi csak a rövid távú hitelezést szolgálja. A bankok vállalati tőkerészesedése jelentéktelen. A központi bank csak a makrogazdasági folyamatokba avatkozik be a kibocsátott pénzmennyiség, a kamatlábak stb. meghatározása révén, s nem képes a tőkeallokációs folyamatok befolyásolására. Ebben a modellben alapvetően a vállalati szintű döntések formálják a rendszert, és a

rendszerben ilyen formán kialakuló változások előnyeit és hátrányait a piac osztja el. Az állami szabályozás és befolyásolás eszköztára szegényes, hiányzik továbbá az állam stratégiai szerepvállalása is az ipari struktúra hosszútávú kialakítását illetően (Bara és Szabó, 2006b).

4.3.2. Az állam által vezérelt gazdaság (Franciaország)

Történelmi háttér - Megkésett iparosodás

Az erős feudális hagyományok miatt ezekben az országokban csak később ment végbe az arisztokrácia felszámolása és a mezőgazdaság piaci alapokra helyezése. Az erős feudális intézményrendszer megfelelő talaj volt a centralizált, bürokratikus államapparátus kialakulásának. Jellemző a robbanásszerű gazdasági növekedés, melynek motorja a nagyméretű, elsősorban nehézipari vállalkozások voltak. Ezek a vállalkozások már a kezdetektől rendkívüli tőkekoncentrációt követeltek meg, a beruházási bankok kulcsszerepet kaptak. A fiatal ipar védelmét a külföldi versennyel szemben pedig az állam látta el, végrehajtói hatalom gyakorlásán keresztül megvalósuló gazdasági beavatkozás révén. Az állam által irányított hitelpiac válhatott a növekedés motorjává a beruházások finanszírozása révén. Jellegzetesek a felülről kiinduló reformok, politikai változások, valamint a végrehajtó hatalom dominanciája. Kialakultak az országos szintű vállalkozói szervezetek, valamint szakszervezetek (Bara és Szabó, 2006c).

A piac szerkezete és szerepe

Az állam által vezérelt piacgazdaságban az államnak jut a legjelentősebb szerep; az állam a mikroökonómiai folyamatokba történő közvetlen, autonóm beavatkozással szelektíven befolyásolhatja a vállalatok működését. Jelentős szerepet vállal az erőforrások allokációjában a termelő beruházások és a kutatás-fejlesztés támogatásával, valamint a preferenciái szerint nyújtott kedvezményes hitelek kihelyezésével, háttérbe szorítva a tőkepiacot, előtérbe tolva a közép- és hosszútávú hiteleket nyújtó bankokat. A tőkepiac

relatívén kicsi, a banki szféra játszik központi szerepet a tőke allokációjában. Jellemző az állam tulajdonosként való megjelenése a vállalati szférában, a kereskedelmi bankokban. A gazdaság prioritásait az állam viszi véghez a bankokon keresztül (Bara és Szabó, 2006c).

Az állam szerepe

Az állam által vezérelt vegyesgazdaság inherens tulajdonsága az állami szerepvállalás. Az állam határozza meg a béreket, az árakat, a pénzpolitika a gazdasági növekedés szolgálatában áll. A külföldi tőke a belföldi piac védelmében hozott protekcionista intézkedések miatt nem tud megszilárdulni. Jellemző az állam által működtetett teljes körű jóléti rendszer.

Kiindulva abból, hogy a piaci mechanizmusok önmagukban nem tudják összehangolni a társadalmi érdekeket, központi szerepet kapott az állam koordinálásában a társadalmi szereplők bevonásával kidolgozott középtávú nemzetgazdasági jövőkép és cselekvési terv (Bara és Szabó, 2006c). A tervek egyfelől körvonalazták a növekedés fő vonalait, és megkísérelték csökkenteni a jövővel kapcsolatos gazdasági bizonytalanságot, másfelől megteremtették az intézményes érdekegyeztetés kereteit. A tervek megvalósításának fontos eszköze egyrészt a versenyképesség és a munkahelyteremtés szolgálatába állított állami beruházás, másrészt az iparfejlesztés, harmadrészt pedig az állam által eszközölt vásárlások. Az állami beavatkozás egyaránt kiterjed az állami és magán vállalatokra, ennek eszközei a pénzügyi juttatások, árelenőrzés, a vállalati összevonások, az export ösztönzése, a technikai fejlesztés támogatása, valamint az új technológiák disszeminációja. Emellett jellemző az állami bürokrácia és a gazdasági élet szereplőinek összefonódása, utóbbiak politikai szerepvállalása által (Bara és Szabó, 2006c).

A banki szerepvállalás

A bankok központi szerepet kapnak az állami terv megvalósításához szükséges tőke kihelyezésében. A tőkepiac gyenge, a vállalatok inkább támaszkodnak a hitelekre,

semhogya ellenőrzés részleges feladása mellett jussanak tőkéhez. A bankok jelentős része állami tulajdonban van lehetővé téve, hogy az állam ellenőrizze a hitelek kihelyezését mind az állami mind a magánszektorban, így megvalósulhat a hitelpolitikai célok gazdasági célokhoz való illesztése (pl. egyes iparágak kedvezményes hitelekkel való prioritizálása). A bankok hitelnyújtási képessége az állami támogatástól függ, ami a kamatlábak rögzítésén keresztül a tőke adminisztratív allokálásához vezet, teret adva az államnak a gazdaság mikroökonómiai szinten történő befolyásolására (Bara és Szabó, 2006c).

4.3.3. A tárgyalásos, neokorporatív gazdaság

Történelmi háttér

A tárgyalásos, neokorporatív gazdaság a nyugat-európai kis országok 1930-as évek társadalmi-politikai válságára adott sajátos válasza. Egyfelől a megosztott jobb- és baloldal közötti kompromisszum kényszere, másrészt az ország nyitottsága, exportorientációja révén szoros kapcsolat alakult ki az egyes társadalmi rétegek között, megalapozva a politikai konszenzus intézményét (Bara és Szabó, 2006b).

A piac szerkezete és szerepe

Ez a modell mintegy átmenetet képez a piaci és az állami rendszer között. Ebben a rendszerben a gazdasági szereplők érdekképviselői közt kialakuló alkuk hangolják össze a gazdaság piaci és az állami szabályozását, ezáltal részlegesen kikerül a piac hatóköréből a tőkefelhalmozás és az erőforrások allokációja, a gazdaság szerkezetének formálása sem kizárólag piaci alapokon történik.

Az állam szerepe

A tárgyalásos neokorporatizmusban az állam nem autonóm szereplő, hanem a magánszektor bizonyos érdekcsoportjainak foglya. Ebben a rendszerben bár az állam nem avatkozik be direkt módon a mikroökonómiai folyamatokba, átfogó politikai konszenzusra törekedve kompenzálja a piac által hátrányosan érintett ágazatokat. Meghatározó a szociális partnerségre való törekvés, valamint a politikai alkuk talaján kialakuló politikai konszenzus (Thorhallsson, 2010). Ennek szervezeti feltétele a centralizált és koncentrált gazdasági és érdekcsoportok kialakulása, melyek érdekképviselési monopóliumuk gyakorlásán keresztül tárgyalások során kialakult alkuk megkötését teszik lehetővé. Az alkuk a meghatározó gazdasági érdekcsoportok, az állami bürokrácia és a politikai pártok között kötődnek meg (Bara és Szabó, 2006b).

A banki szerepvállalás

Ebben a rendszerben jellemző, hogy néhány, az államtól független nagy bank uralja a piacot. A bankok maguk alakítják a kamatlábakat, így az állam számára nincs olyan eszköz, melynek segítségével a bankokon keresztül direkt befolyást gyakorolhatnának a gazdasági folyamatokra. Ettől függetlenül kölcsönös megegyezés alapján lehetséges az együttműködés az állami és a banki szektor között a gazdaságpolitikai célok megvalósítása érdekében.

4.4. A jóléti állam

A XX. század második felére egyre nagyobb hangsúlyt kapott a polgárok anyagi és szellemi jóléte, így a jóléti állam kialakítására való törekvés eredményeként a modern kapitalizmus különböző rendszerei konvergálni kezdtek egymás felé. A jóléti rendszerek a kapitalista rendszerek által nem kezelt kérdésekre adott válaszként jelentek meg. Ennek három pillére a társadalmi igazságosság és méltányosság által szükségessé vált újraelosztás, a piaci kudarcok korrigálása, és a morális értékek érvényre juttatása

állami beavatkozás révén. Természetesen mivel a jóléti állam a modern vegyesgazdaság eltérő rendszereiben bontakozott ki, eltérő formái alakultak ki:

1. a liberális vagy reziduális jóléti állam (Bara és Szabó, 2006b),
2. a szociáldemokrata vagy univerzális jóléti állam (Bara és Szabó, 2006b),
3. koraszülött kelet-európai (Kornai, 1992).

A liberális jóléti állam a piac által vezérelt rendszerekben alakult ki, célja a szegények támogatását szolgáló szociális háló kialakítása. A kedvezmények a rászorultság alapján, a népesség kisebbségének járnak. A jóléti juttatások nyújtásában nagy szerepet játszanak a magánszervezetek, ennek megfelelően korlátozott az újraelosztás mértéke. Jellemző továbbá, hogy a szociális alapú juttatások helyi szinten, szelektíven egy-egy célprogram keretében valósulnak meg. A rendszer piaci eszközök alkalmazásával működik.

Az univerzális jóléti állam ezzel szemben majdnem az egész társadalomra kiterjeszti szociális szolgáltatásainak körét, a megvalósítás során pedig mellőzi a piaci elemeket. A kedvezményekre való jogosultságot állampolgári alapon állapítják meg, a lakosság többsége benne van az ellátottak körében. Az intézmények a társadalmi egyenlőtlenségek kiegyenlítése céljával végzik tevékenységüket. A szociális ellátások forrását az államilag beszedett jövedelmek adják, közepes mértékű újraelosztást eredményezve. A magánszervezeteknek ennek megfelelően kevés szerep jut a rendszerben.

A koraszülött kelet-európai jóléti államokban állampolgári alapon biztosítják a kedvezményeket, a programok mindenkire érvényesek. A magánszervezeteknek semmilyen szerepük nincs, az újraelosztás mértéke nagyon nagy. Az adminisztratív lebonyolítás teljes mértékben centralizált. Kornai János a koraszülött jóléti állam fogalmát bevezető írásában (1992) hazánk vonatkozásában így fogalmazott: „Az állam jóléti kiadásainak drasztikus csökkentése bizonytalanságot és az élet minőségének súlyos romlását jelentheti sokak számára. Az eddigi jóléti kiadások szintjének fenntartása, sőt növelése viszont olyan nagy adózási teherrel jár együtt, amely kedvét szegi a beruházóknak, és ezáltal visszatartja a gazdasági növekedést. Márpedig triviális igazság, hogy a jóléti szolgáltatásokhoz több termelés kell; a nagyobb tortát könnyebb elosztani.” (Kornai, 1992). Mihályi Péter 2008-as *Miért beteg a magyar gazdaság* művében drasztikus - mondhatni sokkszerű – módon pontokba rendezve összegezte a

teendőket Magyarország számára felhívva arra a figyelmet, hogy a 21. század már nem a dolgozók, hanem a fogyasztók közössége (Mihályi, 2008a).

A jóléti államokban is igaz az az állítás, hogy az állam a szabályozó és beavatkozó tevékenységei során meg kell, hogy feleljen a hatékonysági szempontoknak, így egyrészt a legnagyobb eredményt kell elérnie adott ráfordítással, másrészt a magánvállalatokat csak a legszükségesebb mértékben korlátozhatja a profittermelő tevékenységük során. A jóléti államokban a kormány kudarcaival számos esetben szembesülhetünk, mely okai között a bürokrácia túlsúlya, a nem szándékos mellékhatások, a lobby csoportok működése épp úgy megtalálható, mint a piac kikapcsolásából adódó árak és a költségek szétválásának problémája (Szabó, 2004).

A jóléti államok céljainak teljesítése közben változó világunkban számos kihívással szembesülnek. Csökken az intézményeik tervezésében önállóságra törekvő államok lehetősége, a jóléti államot jelentős költséggel fenntartó országok versenyhátrányba kerülhetnek, mivel a globalizáció az információs társadalom térnyerése mellett egyre nyitottabbá teszi a nemzetközi kereskedelmet, melyben a rugalmasság és a gyorsaság a túlélés záloga. Jelentős változás zajlik a foglalkoztatásban is, mivel kisebb az igény a képzetlen dolgozók iránt, akiknek bérük alacsonyabb és mindamellett, hogy munkahelyük sokszor bizonytalan, legtöbbször csak részmunkaidős foglalkozásra van lehetőségük. Így egyre nagyobb a polarizáció a szakképzett és a szakképzetlen munkaerő között. Az információs társadalomban egyre inkább az atipikus foglalkoztatás és a „portfólió élet” válik mérvadóvá megfosztva az embereket a hosszútávú, biztonságos munkahely ábrándjától. Változás állt be a családszerkezetben is, egyre több házasság végződik válással. Ez hatással van a krónikus betegek ellátására, a nőket érintő nyugdíjintézkedésekre, de még a gyermektámogatás intézményére is. Legjelentősebb azonban a születések arányának csökkenése a várható élettartam emelkedése mellett, mely azt eredményezi, hogy miközben nő az idősek száma, csökken a munkaképes fiatalok száma a világban. Ez a demográfiai változás a nyugdíjak és az egészségügyi ellátással kapcsolatban jelentős finanszírozási problémákat vet fel, amelyet felerősíthetnek morális problémák is (Barr, 2009b).

A jóléti államok a polgárok anyagi és szellemi jóléte, így a jóléti állam kialakítására való törekvés során pénzbeli és természetbeni juttatásokat használnak a célok elérése érdekében. A pénzbeli juttatások között a biztosítások, az öregségi nyugdíjak és a szegénység elleni harc szerepelnek. A természetbeni juttatások esetében a közoktatás és

a felsőoktatás, valamint az egyik legnagyobb költségrobbanást okozó egészségügyi ellátás a jelentős (Barr, 2009b).

4.5. A szocializmus

4.5.1. Az államszocializmus - azaz a szovjet modell

Az államszocializmus alapvető rendszerjegyei közé tartozik a politikai vezéreltség, a vertikális döntési struktúra, valamint a társadalmi és gazdasági szabályozási mechanizmusok szándékos kiiktatása. Ehhez társul továbbá egy ideológiai alapokon nyugvó küldetéstudat; a marxi eszmék, a történelmi hagyományok és kiválasztottság kultuszát egyesítő proletárdiktatúra. Az államszocializmus hajnalán az erőforrásokat áthelyezték a piaci szereplők kezéből az állam kezébe, függetlenítették a piac önszabályozó mechanizmusaitól, endogén értékelésétől. Az elsődleges cél az erőforrások központosítása egyes jól körülhatárolt, elsősorban katonai célok megvalósítása érdekében. A központosítás révén megjelent a politikai döntéseken alapuló újraelosztás, a piaci mechanizmusok alárendelődtek a makrogazdasági folyamatokban, így a továbbiakban a központi irányítás alatt álló ármechanizmus már nem tudta közvetíteni a szűkösség/igényszint alakulását. Ezen folyamatok eredményeként vált el egymástól a gazdasági növekedés és a jólét. A jólét növekedésének forrása az arbitrázs, az önfogyasztásra termelés, a cserekereskedelem és a rendszer alapvonásaival ellentétes irreguláris gazdaság. Jellemző, hogy a beruházások sem piaci alapon valósulnak meg. Megvalósul a teljes államosítás, a hagyományos gazdasági szereplők egyike sem rendelkezik meghatározó tulajdonnal. Mindezek a folyamatok a nemzetgazdasági hatékonyság csökkenéséhez vezetnek, három súlyos következményt vonva maguk után:

1. A csökkenő hatékonyság mellett megvalósuló működőképesség a kapitalista rendszereknél megfigyelhetőnél nagyobb áldozatot követel, a két rendszer közti jóléti szakadék elmélyül.
2. Megkezdődik a nemzeti vagyonelemek, többek között a természeti erőforrások, a fizikai infrastruktúra (lakásállomány, utak, csatornázás,

stb.), a szellemi tőke felélése. Részben ez magyarázza a posztoszocialista rendszerekben az egészségügyi infrastruktúra hiányosságait.

3. A modell önfelélő jellegéből fakadóan megjelenhet a külső finanszírozás is, jelentős adósságállomány felhalmozódásához vezetve.

Ebben a rendszerben a jegybanknak a tervhivatal revíziós részlegeként nincs önálló döntési kompetenciája, teljesíti a tervhez illeszkedő hitelek, forgóeszközök kiutalását, és ellenőrzi, hogy a terven kívül másra ne használjanak fel erőforrásokat. Hitelt csak a tervben szereplő célokhoz lehet kapni, a hitel kiutalásának alapfeltétele a tervszerűség - szemben a piaci alapon működő modelleknél megfigyelhető megtérüléssel.

Az államszocializmus, a gazdaság központi irányítása és a termelt javak újraelosztása által öntörvényű fejlődési pályára állt, melyben a piacot a diktatórikus vezetés helyettesíti. Az ennek megvalósítását szolgáló intézményrendszer a koordinációs hivatal, mely összpontosítja a tulajdoni-, rendelkezési- és szabályozási hatalmat. A népgazdasági tervet a tervhivatal alapozza meg a kiadott politikai útmutatások alapján, ezt a vállalati ágazati javaslatokkal összevetve sajátos tervalku folyamat keretében végzi a feladatok, az inputok, valamint pénzügyi szabályozók allokációját. Az egyes vállalatok tehát a központi terv alapján kapott termelési tervmutatók, az ehhez illeszkedő beszerzési kiutalások, valamint a központi árképzés révén illeszkednek az állami tervhierarchiába. Bár elméletileg az allokáció alapvetően bürokratikus koordináción alapul, a tervezési mechanizmusokat jelentősen torzítják különböző politikai és pénzügyi érdekeltségek is. Ebben a rendszerben tehát az ár-, támogatási és beruházási rendszer eszközeivel, önkényes ár- és jövedelmi viszonyok teremtésével valósul meg a döntően politikai szempontokat követő újraelosztás (Csaba, 2008; Bara és Szabó, 2006d).

A szovjet modellben azáltal, hogy megszűnt a kapcsolat az egyes gazdasági döntések és azok eredményei között, kiiktatódott a piac természetes szelekciós mechanizmusa, háttérbe szorul a hosszútávú fejlődés legfontosabb motorja, az innováció (Hayek, 1995).

4.5.2. A piaci szocializmus

Az államszocializmus egyre nyilvánvalóbbá váló hiányosságai hívták életre a központi direkt utasításos tervezést piaci mechanizmusokkal vegyítő reformokat. A piaci szocializmus azon felismerésből eredeztethető, hogy a társadalmi jólét és egyensúly nem biztosítható pusztán központi tervezés, modellezés által, hanem szükséges a verseny által gyakorlatban megvalósuló „próba-hiba” módszer a hibás megoldások kiselejteződéséhez. Ezt az elvet egyfelől az állami vállalatok közötti verseny, másfelől a tervező kvázi-piaci szerepkörbe helyezésével értelmezték. Ez utóbbi szerint a központi tervező a termelés irányítói által megadott eljárási szabályok alkalmazásával, elméleti síkon, iteratív folyamatok eredményeként végzi el a kiigazításokat, a piacot mintegy helyettesítve. A gyakorlatban azonban a központi tervezés megbukott az információk kezelését illetően, amit híven tükrözött a központi bürokratikus rendszer hatékonyságának jelentős elmaradása a piacgazdaság hatékonysága mögött, elkerülhetlenné téve a radikális reformot.

A reform lényegét a tervmutatók kiiktatása jelenti, ami a vállalatok bürokratikus központhoz fűződő vertikális függelmi viszonyainak gyengülését és egyúttal a horizontális, a gazdaság egyéb szereplőivel fenntartott szerződéses kapcsolatainak erősödését vonta maga után, ami deregulációhoz vezetett. Alapvetően tehát a kötelező tervutasítások rendszerének megszűnésével piaci elemek jelentek meg, mint például a vállalatok szabad partnerválasztása mind a beszerzések, mind az értékesítés területén, továbbá a gazdálkodó szervezetek pénzeszközeinek önállóbb hasznosítása.

Mindazonáltal még ez a reform sem ismeri el a piaci koordináció meghatározó szerepét, a piacra mindössze mint a terv, a központi akarat, illetve a népgazdasági célok hatékonyabb megvalósítanak eszközére tekint, azaz a központi akaratot a továbbiakban részben indikatív szabályozókkal igyekeztek érvényesíteni a vállalatok működésében. Megjelentek a vállalatok belső gazdálkodására ható pénzügyi szabályozók és a külső gazdasági környezetet formáló piaci szabályozók.

A tervmutatók eltörlésétől függetlenül továbbra is megmarad a pártirányítás, azonban a bürokratikus koordináció bizonytalanná és voluntaristává válik, ami hosszútávon a rendszer ellehetetlenüléséhez vezet. Jellemzővé válik az önkényes és erőszakos informális döntés-előkészítési és végrehajtási rendszeren alapuló központi

gazdaságirányítás, valamint a gazdaságirányítás és a vállalatok közötti szinergizmus talaján kialakuló központi akaratot megvalósító kampányok.

Ezek a reformok nem rendítik meg a rendszer alapjait, azaz a szocialista tulajdon illetve a gazdaság feletti párturalom dogmája elvileg érintetlen marad. A gyakorlatban azonban a piaci elemek, a vállalati önállóság, a nyereség megjelenése szükségszerűen átalakította a tulajdonjogok gyakorlását. Határvonalak jelentek meg az állami tulajdonon belül, egyes területi egységek, ágazatok, szervezetek elkülönülését, egyéni érdekeit szentesítve. Ezen túlmenően megjelenik a tulajdonjogok részleges átruházása a vállalatokra illetve a vállalatok vezetését végző vállalati tanácsokra. Ettől a lépéstől a dolgozók azonosulásának és ezen keresztül motiváltságának erősödését várták, azonban a vállalaton belül kialakuló zavaros függőségi viszonyok, a kollektív „felelőtlenség” megjelenése, a mindezekből fakadó nehézkes döntéshozatali mechanizmusok a korábbi bürokratikus állami tulajdonosi rendszerhez hasonló, egy a piachoz, a technológiai kihívásokhoz alkalmazkodni nem tudó, a tőkeszemléletet és hosszú távú tulajdonosi gondolkodást nélkülöző rendszert eredményeztek.

A reformtörekvések eredményeként sem sikerült a piac szabályozó rendszerének kialakítása. Ennek oka egyfelől a piaci tényezőket (ár, kereslet, kínálat) korlátozó adminisztratív kötöttség, melyek miatt a piac csak alárendelt szerepet kaphat, másfelől a pénz korlátozott érvénye, harmadrészt a torz nagyvállalati struktúra által gátolt verseny volt. Ezen tényezők miatt nem bontakozhat ki a piaci allokáció szempontjából szükségszerű verseny. A vállalati struktúrában döntően jelen levő nagyvállalatok érdekeiket a központi szerveken keresztül érvényesítették, teljes közömbösséggel viseltettek a fogyasztók igényei iránt. A gazdaságirányítókra gyakorolt nyomás révén azt is el tudták érni, hogy a központ képtelenné váljon a makrogazdasági szempontok érvényesítésére. A nagyvállalatok dominanciájából fakadó torz vállalati struktúra magában hordozta az árak elszabadulásának lehetőségét, ami miatt szükségessé vált az adminisztratív ármeghatározás. A hatósági árak miatt a rendszerben nem bontakozott ki a piaci mechanizmusok egyik lényeges eleme, a verseny ármeghatározó szerepe (Bara és Szabó, 2006e).

4.6. Európa válasza a szociális kihívásokra

A globalizáció által hozott gazdasági, társadalmi és technológiai változások hatékonyabb és gyorsabb reakciót kívánnak meg, így Európa versenyképességének és

fenntartható fejlődésének problémája áll ma az érdeklődés középpontjába, hiszen mindez egyre nehezebben megoldható feladat. Tovább nehezíti mindezt, hogy Európa nem egy homogén egész, hanem államok, ezen belül pedig különböző kultúrák, gazdasági és politikai rendszerek összessége. Elmondható, hogy a jóléti állam alapelveit a gazdasági hatékonyság figyelembe vételével ma a Szociális Modell koncepciója képviseli, mely Európa válasza lehet a fenti kihívásokra.

4.6.1. A Szociális Modell alakváltozásai

André Sapir hívta fel a figyelmet arra, hogy az EU-15 országokban különböző modell típusok azonosíthatóak, melyek a szociális kiadásokra történő ráfordítások mértéke, a munkaügyi kapcsolatok rendszere és a munkaerőpiaci folyamatokba történő pénzügyi beavatkozás dimenziói mentén csoportosíthatóak (Sapir, 2005). Ennek alapján az alábbi modellek különíthetők el:

Északi modell

A modellbe sorolható Hollandia, Dánia, Svédország és Norvégia. Az EU-15 országai között itt a legmagasabb szintű a jólét és igen kiterjedt a szociális háló. Az állam aktív foglalkoztatáspolitikai eszközök igénybevételével jelentősen beavatkozik a munkaerőpiaci folyamatokba. Erősek a szakszervezetek.

Angolszász modell

Az Írország és az Egyesült Királyság alkotta csoportra jellemző a szociális ellátások széles köre, azonban a transzferek elsődlegesen a munkaképeskorú polgárok felé irányul. Prioritást élveznek a munkaerőpiaci aktivitást és a munkahelyhez való jutást elősegítő intézkedések. A szakszervezetek súlya elhanyagolható.

Kontinentális modell

A modellt Franciaország, Németország, Ausztria és Luxemburg alkotja. Jellemző a biztosítás alapú széleskörű szociális ellátás, mely elsődlegesen az öregségi nyugdíjak és

a munkanélküliség támogatására irányul. Mivel a rendszer segíti a kollektív alkut, így érthető, hogy a szakszervezetek ezekben az országokban erősek.

Mediterrán modell

A típus Görögországból, Spanyolországból, Portugáliából és Olaszországból áll. Az öregségi nyugdíjak állnak a szociális juttatások előterében, és jelentősnek mondható a munkavállalók érdekvédelme. Kollektív szerződések szabályozzák a béreket és fennáll a korai nyugdíjazás lehetősége is.

A fentieket André Sapir kiegészítette Boeri (Boeri, 2002) elemzésével, melyben a szegénység és a jövedelemegyenlőtlenség csökkentése, a munkavállalók védelme és a munkaerőpiaci részvétel voltak a vizsgálati dimenziók.

A szegénységet (nemzeti mediánjövedelem 60% alatt) vizsgálva a szegények aránya az északi modell országában volt a legalacsonyabb (12%), míg a mediterrán modell országában a legmagasabb (20%), az angolszászok a legrosszabb, míg a kontinentális a legjobb országok eredményeihez közelítettek.

A jövedelemegyenlőtlenségek esetében ezzel szemben az volt tapasztalható, hogy a redisztribúció során az egyenlőtlenségeket legkevésbé az északi országokban, míg legjobban a mediterrán országokban sikerült csökkenteni. Az angolszász és a kontinentális országok közepén helyezkedtek el az eredményeikkel.

A munkavállalók védelme szempontjából (dolgozókat védő jogszabályok, munkanélküliek juttatásai) a mediterrán modellre jellemző, hogy keményen szabályozott a jogi védelem, ellenben alacsonyak a munkanélküli támogatások. Ezzel szemben az északi modell országait az alacsonyabb munkesély védelem, de szélesebbkörű juttatások jellemzik. A kontinentális modellben mind a juttatások magasak, mind pedig a szabályozás szigorú, mellyel teljesen ellentétesen a juttatások alacsony szintjével és a jogi szabályozás „egyszerűségével” írható le az angolszász modell.

A foglalkoztatottak arányával mért munkarőpiaci részvétel vonatkozásában, az északi országokban 72%, az angolszászoknál 69%, a kontinentálisoknál 63%, míg a mediterrán modellen belül 62% az eredmény (OECD, 2009b).

A Sapir-i megközelítésben akkor méltányos egy szociális ellátórendszer, ha alacsony a szegények aránya és nem nagyok a jövedelemegyenlőtlenségek, hatékonyak pedig akkor tekinthető, ha a jogi szabályozás és a juttatások a foglalkoztatás elősegítésére

irányulnak, valamint relatíve magas a foglalkoztatási ráta. Ebben a kontextusban a mediterrán és a kontinentális modell országaira az alacsony hatékonyság és ezzel együtt a mediterrán csoportra a méltányosság hiányos volta a jellemző (Farkas, 2009).

4.6.2. A Magyar Szociális Modell

A Magyar Szociális Modell vonatkozásában André Sapir egy 2005. évi riportban kifejtett álláspontja szerint az Európai Unióhoz újonnan csatlakozó országok közül a magyarországi a kontinentális modellhez sorolható, mivel nem hatékony, ellenben szolidáris.

Farkas Éva kutatási fórum beszámolója szerint az alábbiak jellemezték Magyarországot 2008-ban:

A munkanélküliségi ráta adatai szerint hazánkban a munkanélküliségi arány 7,9%, így az ország elmaradt az északi, angolszász és kontinentális modellben észlelt eredményektől és inkább a mediterrán modellben tapasztalható értékhez közelít. De ugyanez volt igaz, a tartós munkanélküliség aránya szerinti besorolással is. A munkaerőpiaci rugalmasság szerint az adott időszakra jellemző, hogy Magyarországon nőtt az „ideiglenesen” foglalkoztatottak aránya az elmúlt évtizedben és ezzel a növekedési aránnyal az angolszász modellben tapasztalható arányokat közelítettük meg. A részmunkaidős foglalkoztatás aránya Magyarországon 3,1% volt, ami meglehetősen alacsonynak tekinthető és a mediterrán modellhez képest is mintegy 8%-kal mutatott kevesebbet. A foglalkoztatottak arányának növekedését figyelhettük meg mind a négy Szociális Modellben, poszt-szocialista országunk azonban a maga 56,7%-os foglalkoztatottsági rátájával közel hat százalékponttal elmaradt a legkevésbé hatékony mediterrán modelltől is (TÁRKI, 2008).

A nemzeti mediánjövedelem 60%-ánál megállapított szegénységi küszöb alatt Magyarországon a polgárok 12,3%-a élt, mely eredmény szolidárisnak mondható és leginkább az északi modellben tapasztalt értéket közelítette meg. A jövedelemegyenlőtlenséget mérő GINI – együttható adók és transzferek utáni értékei mentén a magyar eredmény a kontinentális országok átlagos értékéhez volt a legközelebb. A munkapiaci politikák vonatkozásában a magyar adatok a munkapiaci

ráfordítások csökkenését mutatták a passzív és az aktív eszközök esetében is, de mindezek mellett tapasztalható volt, hogy ha kis mértékben is, de hangsúly eltolódás következett be az aktív eszközök javára. Ezzel egyidőben hazánkban a munkavállalók védelmének szigorodása következett be (TÁRKI, 2008).

A fentiek tükrében elmondható, hogy a közép-kelet európai mutánsnak titulálható Magyar Modell szolidárisnak tekinthető, azonban hatékonysága jóval elmarad a csoportétól. A hatékonyság tekintetében így, ha hazánkat a kontinentális modellel hasonlítjuk össze, akkor több mint tíz százalékpontos eltérést figyelhetünk meg, míg a szolidaritást tekintve valóban ehhez a modellhez vagyunk sorolhatóak. Alacsony a munkapiaci politikák foglalkoztatást támogató hatása, alacsony maga a foglalkoztatottság, ezért ha a hatékonyság nő is, az csak a kontinentális modell átlagértékeihez közelíthet kezdetben, amely azonban a modellek összehasonlításában alacsony hatékonyságúnak minősült. A korábbiakat leírva további kérdés a fenntarthatóság, mint a gazdasági szempont egyik legfontosabb problémája és a jóléti társadalom képébe vetett bizalom (Farkas, 2009).

„Az, hogy a magyarok az oktatás és az egészségügy reformjára vonatkozó népszavazáson nem mondtak, azt is jelentheti, hogy a jóléti intézményekbe és az államba vetett hitben objektiválódó társadalmi állampolgárságról Magyarországon nem beszélhetünk.

Az államba vetett hit hiányáról a „nem” úgy tanúskodik, hogy az emberek nem bíznak abban, hogy a jólét növekedésével járnak majd az állam által indítványozott reformok. A jóléti intézményekbe vetett bizalom megkérdőjelezését pedig a „nem” úgy mutatja, hogy nem bíznak az emberek abban, hogy az intézményekbe történő beruházásaik a jövőben megtérülnek a jólétük növekedésével.” (Farkas, 2009).

A fentiek tükrében Kemény István 1992. évi előadásában elhangzottak így ma is igen csak aktuálisak és megfontolandóak jövőnket illetően:

„A piacgazdaságba való átmenet kulcskérdése a szociális kérdés, ezen belül is a társadalombiztosítás és a nagy elosztó rendszerek kérdése.” (Mihályi, 2008b).

5. Az egészségügyi rendszerek működését meghatározó együtttható tényezők

A nagy gazdasági rendszerek alapos vizsgálata, majd az André Sapir-i Szociális Modellek alakváltozásainak áttekintése Magyarország elhelyezésével az előző fejezet kontextusában biztosította azt, hogy egyrészt megmutassa, hogy milyen az átalakult magyar piacgazdaság, másrészt, hogy megvizsgáljuk azt a szocio-gazdasági hátteret, melyben értelmezhetővé válnak az egészségügyi rendszerek kialakulásának feltételei és annak folyamatai. Azonban ahhoz, hogy az egészségügy kihívásai elhelyezhetőek legyenek ezekben a gazdasági rendszerekben alapvető fontosságú, hogy megismerjük mindazon tényezőket, melyek együttthatásuk eredményeképpen befolyásolhatják a rendszer működésének egészét. Így ezen fejezet megfogalmazott célja, hogy bemutassa az egészségi állapot és a foglalkoztatás, az iskolázottság és az általános fejlettségi szint viszonyának összefüggéseit.

5.1. Általános megfontolások

„Az egészség össztársadalmi erőforrás, a nemzetgazdasági fejlődés szükséges feltétele” – már 1986-ban az Ottawai Charta (WHO) ekként hívta fel az újabb és újabb kihívásokkal küzdő világ figyelmét az egészség megóvásának, fejlesztésének és az emberi életminőség javításának alapvető jelentőségére. Azóta a WHO Régiójának Tagállamai 2008-ban, a Tallinni Kartában is megerősítették a korábbi kartákban és deklarációkban megfogalmazottakat, miszerint az egészséget ilyen alapvető értéként kezelő és támogató politika, az ágazati döntések egészségre gyakorolt hatásának mérlegelése, az egészségügyi ellátórendszerek hatékonyságának és betegségmegelőzési tevékenységének erősítése mindennek előfeltétele.

Közel huszonöt év elteltével a hazai gazdaságpolitika – mindezen alapvetések ellenére – az egészségügyet még mindig hajlamos olyan improduktív szféraként kezelni, melynek funkciója a közforrások minden nyereség nélküli elnyelése. Ezzel szemben a betegség miatt kiesett munkaerő és bér, a jövedelempótló támogatások kifizetése, a

„rokkantosítás” miatti munkaerő kiesés és kapcsolódó terhei, illetve az idő előtti halálozás miatt a munkaképes korból elveszett évek veszteségeinek eredményeképpen a meg nem termelt és el nem költött jövedelmek a GDP 20%-ára rugó tetemes kiesést mutatnak, mely számításban az ország foglalkoztatottainak egészségsektorban dolgozó 10%-a nem is szerepel. Ezt támasztják alá azon egészség és gazdaság kapcsolatát vizsgáló tanulmányok is, melyek szerint a jó egészségi állapot, és az ennek következtében megnövekedett várható élettartam jelentős mértékben hozzájárul a GDP növekedéséhez, így az egészségi állapot javulása 30-40%-kal járulhat hozzá a gazdasági növekedéshez. Továbbá a felnőttkori túlélési ráta egy százalékpontos emelkedése a munkaerő termelékenységének 2,8 százalékos növekedését eredményezi, a várható élettartam 1 évvel történő meghosszabbodása pedig 4%-os GDP növekedést eredményez (Kollányi és Imecs, 2007a).

Az egészség, az egészséges munkaerő fontosságának felismerése mellett ugyanakkor fokozódtak az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők, a krónikus megbetegedések, a szív- és érrendszeri, valamint daganatos megbetegedések, illetve a világ fejlett, fejlettebb régióiban új „népbetegséggé” lépett elő a depresszió és az elhízás.

A humán erőforrás fejlettségét alapvetően befolyásolja az életminőség, a foglalkoztatottság és az iskolázottság kérdésköre és ezek problémái.

5.2. Életminőség

5.2.1. Az egészség meghatározása

Az egészség, az egészséges munkaerő az egyik legmeghatározóbb forrása a gazdaságnak. Ez az, „ami alkalmassá teszi az egyént arra, hogy aktív szerepet játsszon a társadalomban, egyben képessé teszi a társadalmat arra, hogy kulturálisan és gazdaságilag is virágozzék” (Ottawa Charter, 1986).

A WHO meghatározása szerint az egészség a teljes testi, lelki és társadalmi jólétet, és nem pusztán a betegség vagy fogyatékoság hiányát jelenti. Az utóbbi időben ez a

meghatározás a következővel egészült ki: egészségesnek lenni annyit jelent, hogy az egyén egy olyan képesség birtokában van, amely által szociálisan és gazdaságilag is aktív életet tud élni. Leegyszerűsítve tehát: a jó egészségi állapot magát a minőségi életet jelenti (Kollányi és Imecs, 2007a).

5.2.2. A megnövekedett élettartam gazdasági hatásai

A hosszabb élettartam és a betegségben töltött idő csökkenésének következménye a munkaképes kor meghosszabbodása. A dolgozók jobb egészségi állapota és életereje az egy munkaóra jutó termelékenység növelését eredményezi. A gazdaságra gyakorolt hatása az élettartam növekedésnek, nem csak az aktív munkavégzés miatt bír jelentőséggel, hiszen a gazdaság egyik nem elhanyagolható eleme a folyamatos fogyasztás, melyre az élettartam-növekedéssel az embereknek hosszabb ideig nyílik lehetőségük. Ráadásul a hosszabb élettartam tovább ösztönzi az embereket arra, hogy magasabb képzettséget szerezzenek a jövőbeli kereset növelése reményében. A pótlólagos egészségtőke és az emberi tőke egyéb formái növelik a munka termelékenységét (Geréb, 2007).

A szociológiai erőforrás elméletek szerint az egyének életminőségét azok a rendelkezésükre álló erőforrások határozzák meg, amelyekkel az egyén által magasra értékelt életkörülmények elérhetők (Husz, 2001).

5.2.3. A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói- halálozási mutatók

A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói rendkívül kedvezőtlenül alakulnak. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében az ország negatív értelemben kiemelkedő helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. A születéskor várható átlagos élettartam elmarad az Európai Unió tagállamainak mutatóitól, 2009-ben 74 év (KSH, 2010).

Miközben Magyarország a termelékenység növelése terén az elmúlt évtizedben élen járt a fejlett országok között, ami a versenyképesség egyik legfontosabb indikátora, a többi fejlett országokhoz viszonyított, relatív egészségügyi mutatói határozottan romlottak.

Magyarországon alapjaiban változtak meg a gazdasági feltételek, a már korábban is meglévő, de sokáig mérsékelt társadalmi különbségek dinamikusan növekedtek, és több szempontból nézve is megváltozott a népesség összetétele (Habicsek és Kovács, 2007a).

A halálózási mutatókkal kapcsolatos összehasonlításokból kiderült, hogy a kelet- és nyugat-európai halálózási mutatók az 1950-es és 1960-as években konvergáltak, Kelet-Európa a várható élettartamok tekintetében felzárkózóban volt Nyugat-Európához, azonban az 1960-as 70-es években a felzárkózás megtorpant, s a kilencvenes években a különbségek a korábbinál is nagyobbakká váltak. A várható élettartamokban, és ezzel az életminőségben bekövetkező távolodás számos tényező összhatásának eredménye: társadalmi-gazdasági tényezőké, az egészségkárosító egyéni viselkedés elterjedéséé, a környezetszennyezésé, illetve az alacsony hatékonyságú egészségügyi ellátásé. (Az egészségügyi ellátás – beleértve a megelőzést és tájékoztatást – színvonalának emelésével a kelet-közép-európai országok a korábban gondoltnál sokkal jobban tudnák növelni a lakosság várható élettartamát) (Leon, 2011).

Az európai összehasonlításban kedvezőtlen magyarországi halálózási helyzetet részben árnyalják az országon belüli, régiók és kistérségek közötti – alapvetően társadalmi háttérű – különbségek.

A területi és társadalmi különbségek hatása a halandóságra

Magyarországon – a nyugat-európai országokhoz viszonyítva – igen nagyok a halandóság területi és társadalmi különbségei is (Daróczy és Kovács, 2004). A kistérségek fejlettsége és demográfiai sajátosságai között sokrétű, összetett kapcsolat van (Habicsek, 2003). Minél fejlettebb egy kistérség, annál alacsonyabb a halandósági hányadosa. Különösen erős összefüggés található a cigány nemzetiségűek kistérségen belüli aránya, az egy főre jutó jövedelem, a halandóság és az iskolázottsági szint között (Klinger, 2006).

Csits András és Németh Nándor vizsgálataiban nyolc változócsoporthot különböztettek meg, melyek befolyással vannak az élettartamra: a kulturális tőke (iskolázottság); a gazdasági tőke (gazdasági fejlettség); a társadalmi tőke (társadalmi integráció); az etnikai szegregáció (roma népesség); az infrastrukturális ellátottság; az egészségügyi ellátórendszer kiépültsége, elérhetősége; a kistérség településszerkezetének sajátosságai; a kistérségek térbeli elhelyezkedése, távolsága a centrumoktól. Számos vizsgálat alátámasztotta hipotézisüket, mely szerint minél magasabb az iskolázottsági szint, annál magasabb a várható élettartam, ahogy a gazdaság fejlettsége, infrastrukturális ellátottsága, egészségügyi ellátórendszer kiépültsége is hasonlóan járul hozzá. A társadalmi integráció erőssége egy kistérségben (civil szervezetek magas jelenléte, vallásosság, stabil házasságok) szintén hasonló pozitív hatásokat érhet el. Egy-egy település mérete, elhelyezkedése ugyanúgy jelentősen hozzájárulhat, mivel minél nagyobb településen élnek egy kistérség lakói, illetve minél közelebb van egy kistérség az ország hatalmi-gazdasági centrumaihoz, annál magasabb a várható élettartam. Kiemelendő az a szociológiai összefüggés, ami a roma népességet érinti. Minél magasabb a romák aránya egy kistérségben, annál alacsonyabb a várható élettartam (Csits és Németh, 2007).

A lelki egészség és a halandóság kapcsolata

A lelki egészség és a mortalitás kapcsolatának vizsgálata során a férfiak alacsony iskolai végzettsége és korai halálózása közti összefüggésről megállapították, hogy a krónikus stressz az a „láthatatlan kéz”, ami a középkorú magyar férfiak rendkívül magas korai halálózási arányát okozza (Rózsa és mtsai, 2003).

A 2002-es Hungarostudy-kutatás eredménye szerint azonban enyhe depressziós tünetektől (olyanoktól, amelyek klinikai értelemben még nem tekinthetők depressziónak, de már az életminőség romlását okozzák) a lakosság majd egyharmada, 27,3 százaléka szenved (Hungarostudy, 2002; Kopp és mtsai, 2009).

Az egészség- és életminőség-romlás, valamint az idő előtti halálózás okai között szerepel a krónikus stressz is. Térségünkben a krónikus stressznek különösen nagy és szomorú jelentőséget ad, az úgynevezett „közép-kelet európai egészség-paradoxon”,

amely Kopp Mária és munkatársainak kutatási eredményei szerint szintén a krónikus stressz néhol bírhatatlanul magas szintjével magyarázható (Kopp és mtsai, 2009). A paradoxon lényege, hogy Magyarországon és a környező országokban sokkal rosszabbak a lakosság halálozási mutatói, különösen a férfiak idő előtti, vagyis aktív, 45 és 65 év közötti életkorukban bekövetkező halálozása, mint azt bármiféle, a stresszen kívüli körülmény (életmód, általános anyagi helyzet, az egészségügyi ellátórendszer minősége) indokolná (Kollányi és Imecs, 2007b).

Megállapítható, hogy a férfiakat a nőknél jelentősen sebezhetőbbé teszik a kiszámíthatatlanság, a munkával kapcsolatos bizonytalanság, illetve a társadalmi-gazdasági lemaradás kihívásai, mivel önmagukat tartják felelősnek a család társadalmi-gazdasági helyzetének javításáért (Skrabski, 2006).

Az iskolázottság és a halandóság kapcsolata

Az említettek is hozzájárultak ahhoz, hogy tovább nyíljon az élettartam-olló a különböző iskolai végzettségűek között. Már 1986–1990 átlagában is 8,9 év mutatkozott a legmagasabb és a legalacsonyabb végzettségű férfiak között az előbbiek javára, de még ez a tetemes különbség is növekedni tudott, és jelenleg már 16,5 évet tesz ki. A nőknél a felsőfokú végzettségűek 4 évnyi előnye 10,2 évre változott a rendszerváltozás második évtizedének elejére. A legmagasabb végzettségű nők és a legalacsonyabb végzettségű férfiak között több mint 20 év különbség mutatkozik a 30 éves korban várható élettartamban (Habicsek és Kovács, 2007b).

A rendszerváltozásnak nemcsak a munkaerőpiacon és az életkörülmények terén, hanem az életkilátásokban is egyértelmű vesztesei a legalacsonyabb iskolai végzettségűek, nyertesei pedig a magasabb végzettséggel rendelkezők, különösen a diplomások.

5.2.4. Foglalkoztatottság

A foglalkoztatottság alakulása- nemzetközi kitekintés

Csupán a 90-es évek elején került az Európai Unió politikai, döntéshozói fórumainak állandó témái közé a foglalkoztatás kérdésköre. Az elhúzódó gazdasági és pénzügyi válság következtében a gazdasági növekedés üteme erősen csökkent, a korábbi 4 százalék helyett 2 százalék körüli szinten állandósult. 1990-től a foglalkoztatás folyamatosan csökkent, a munkanélküliség gyors ütemben növekedett. Az uniós munkanélküliségi ráta az 1992. évi 9,5 százalékról, átlépve a 10 százalékos lélektani határt, 1993-ra 12 százalékra emelkedett. A tömeges állásvesztés egyik fő strukturális oka a 90-es évek elejének gazdasági-pénzügyi válsága volt, amely 1992-93-ban mintegy 5 millió munkahely megszűnéséhez vezetett, s a tagállamokban élő 18 millió munkanélküli fele tartósan vált állástalanná (Nagy, 2003).

Nemzetközi összehasonlításban a kedvezőtlen európai folyamatok még negatívabb képet mutattak, hiszen a fő versenytársak, Japán és USA 70, illetve 74%-os, foglalkoztatási szintjéhez 3, illetőleg 5-6%-os munkanélküliségi ráta társult. Az USA-hoz és Japánhoz képest az Unió versenyképessége nem csupán a foglalkoztatás terén csökkent, hanem romlott a húzóágazatok piaci részesedése területén is (Nagy, 2003).

Az EU leginkább a magas szinten beragadó, elhúzódó munkanélküliségtől és a munkahely nélküli növekedéstől tart. Ennek elkerüléséért a munkaerőpiac reformján keresztül komoly erőfeszítéseket próbál tenni, hiszen az öregedő társadalom mellett már 2012-től a munkaerő-piaci szempontból aktívnak számítók száma is csökkenni kezd. Ez pedig belátható időn belül a szociális rendszerek működtetésére is kockázatot jelenthet, amennyiben nem történik változás.

A foglalkoztatottság alakulása Magyarországon

Az EU 2020 által kitűzött célok eléréséhez szükséges keretek megfogalmazásával egyáltalán nincs könnyű dolga az Európai Bizottságnak már csak azért sem, hiszen a tagállamok tekintetében 27 különböző esettel áll szemben.

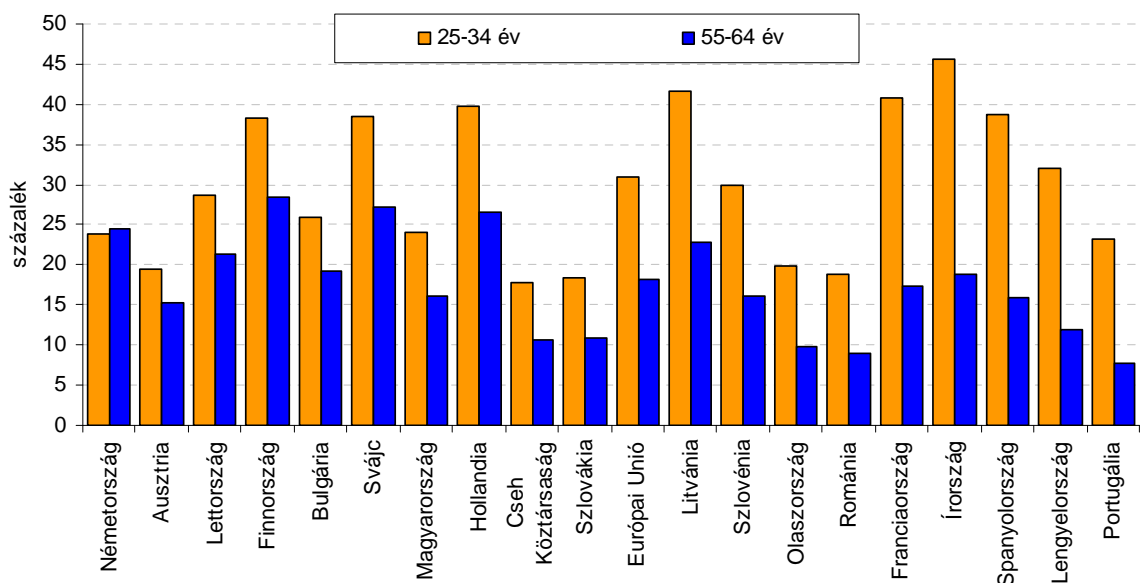
A magyarországi munkapiac hosszú évek óta nem tud kikerülni egy rendkívül alacsony foglalkoztatási szint mellett kialakult rossz egyensúlyi állapotból. A termelékenység folyamatosan növekszik, miközben a foglalkoztatás növekedése 2000-ben lényegében megállt.

Az alacsony foglalkoztatási szint nem magas munkanélküliséggel, hanem magas inaktivitással párosul. Az alacsony foglalkoztatási szint elsősorban az állástalanok nagyon alacsony álláskeresési aktivitásának tulajdonítható. Az alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők kiszorulása a foglalkoztatásból olyan nagymértékű, hogy e réteg viszonylag alacsony részaránya ellenére a magyarországi aggregált foglalkoztatási szint lemaradása az OECD vagy az Európai Unió átlagától szinte teljes egészében ebből adódik (Fazekas, 2006).

5.2.5. Iskolázottság

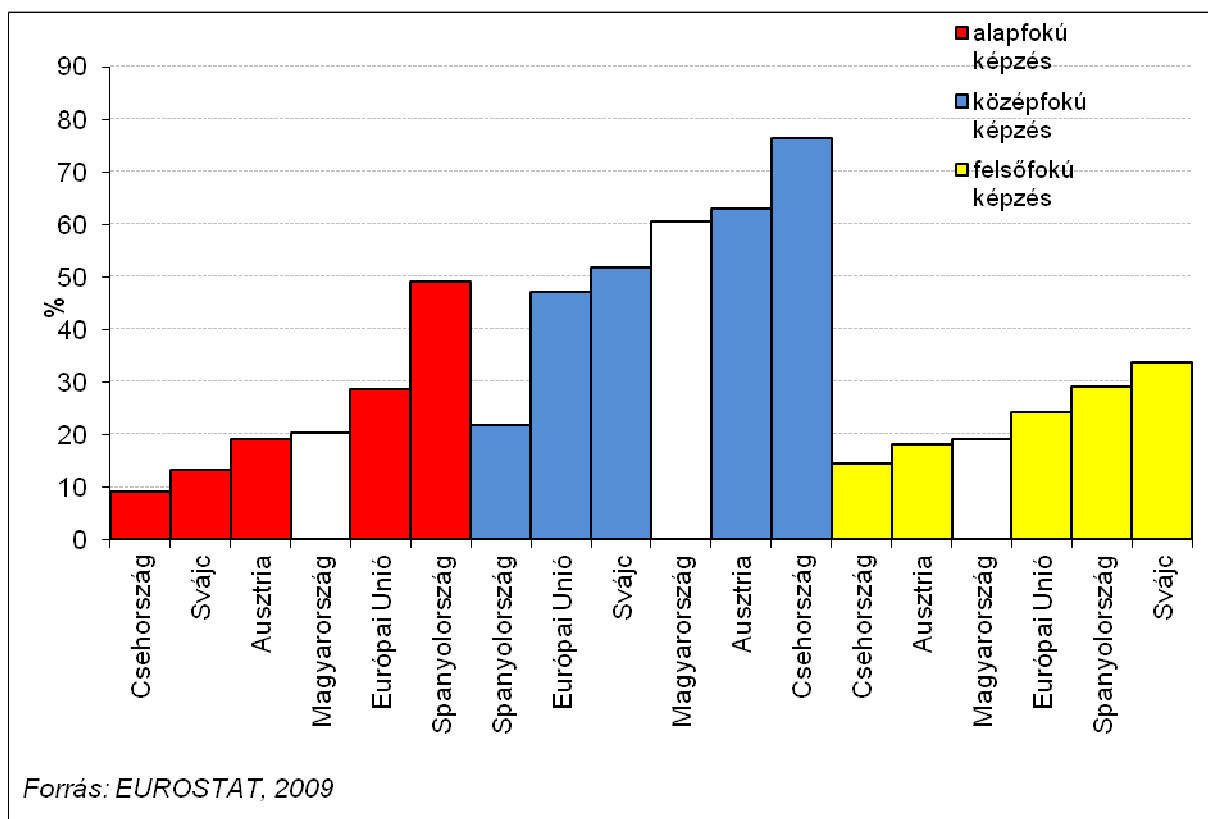
Az iskolázottság alakulása- nemzetközi kitekintés

A 20. század második fele lényegében a világon mindenhol az oktatás kiterjedését – és ennek következtében a népesség iskolázottságának növekedését – hozta. Az egyes korcsoportok iskolázottságának – pl. felsőoktatási végzettségűek arányának – elemzése az iskolázottság gyorsuló növekedését mutatja. Néhány olyan országban, ahol az oktatás kiterjedése az elmúlt évtizedekben rohamos volt, a fiatalabb korosztályok iskolázottsága jelentősen meghaladja az idősebb korosztályokét (1. sz. ábra).



1. sz. ábra: A 25-34 éves és az 55-64 éves népesség felsőfokú végzettséggel rendelkező részaránya (%) 2008-ban egyes európai országokban (Eurostat, 2010).

Az EUROSTAT 2009-es évre vonatkozó adatai szerint Európában az iskolázási arány a 25-64 éves korosztály esetében az alapfokú oktatás tekintetében néhány ország példáján az alábbiak szerint alakult: míg az Európai Unió átlagában a lakosság jelzett korosztályának 28,6%-ának a legmagasabb végzettsége alapfokú, addig ez alacsonyabb értéket mutat mind Csehországban, mind Svájcban, mind Ausztriában és Magyarországon, míg jóval magasabb érték jellemző Spanyolországra. Magyarországon azok aránya a lakosság korosztályán belül, akiknek középfokú a legmagasabb végzettsége 60,5%, míg az Európai Unió átlaga 47,1%. De e tekintetben jóval megelőzzük Spanyolországot (21,7%), de még Svájcot (51,7%) is. A felsőfokú végzettség tekintetében, mint legmagasabb képzettségűek a 25-64 éves korosztályon belül hazánkat 19,2%-os eredmény jellemzi, ami az Európai Unió átlagára jellemző 24,3%-os értéktől elmaradást mutat. Azonban mind Svájc (33,7%), mind Spanyolország (29,2%) több felsőfokú végzettséggel rendelkező lakossal rendelkezik arányaiban hazánkétól (2. sz. ábra).



2. sz. ábra: A 25-64 éves korosztály iskolázottsági adatai az alap-, közép- és felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya szerint az Európai Unióban és néhány európai országban (Eurostat, 2009).

Az iskolázottság alakulása Magyarországon

A hazai népesség iskolai végzettsége jelentősen emelkedett az elmúlt időszakban. Míg 1910-ben a magyar népességnek 18%-a nem járt iskolába – azaz analfabéta volt –, ez az arány 1990-ben már csak 2%, a század legvégére pedig 1%-nál is kevesebb. A középiskolai végzettséggel rendelkezők aránya 1994-re 2%-ról 20%-ra, a felsőfokú iskolai végzettségűeké pedig 1%-ról 8%-ra növekedett.

Az iskolai végzettséget – a teljes populációra – korcsoportonként vizsgálva egyértelműen látszik, hogy a fiatalabb felnőtt korosztályok iskolázottsága egyre magasabb (Polónyi, 2002).

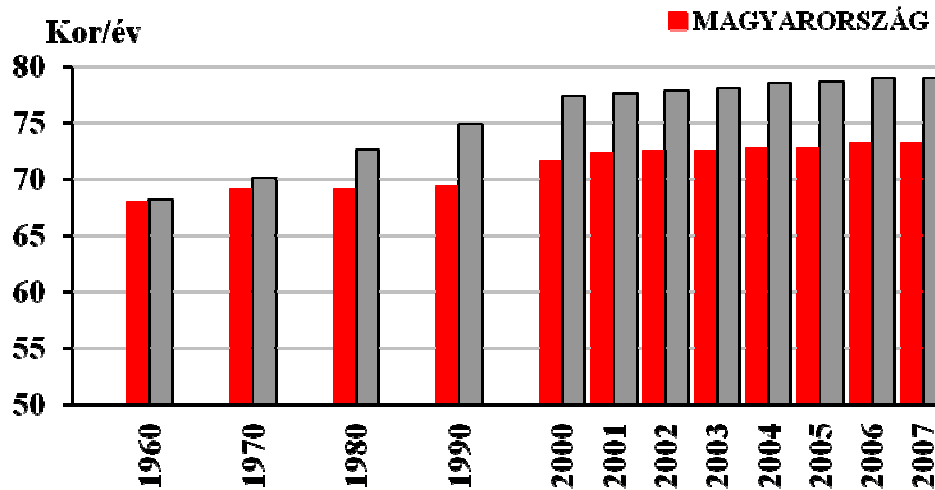
5.3. Magyarországi sajátosságok a rendszerváltást követően

Sajnálatos módon az utóbbi másfél-két évtizedben nőtt az elmaradásunk az EU-15 tagállamaihoz viszonyítva a magyar népesség egészségi állapotát és az egészségügyi szolgáltatásokra fordított közkiadásokat tekintve is. Ezek a folyamatok jóval a rendszerváltás előtt kezdődtek, azonban a rendszerváltás után is tovább folytatódtak. Ugyanakkor hozzánk hasonló helyzetből induló, rendszerváltó országok csökkentették lemaradásukat az EU-15 tagállamaihoz képest (Orosz, 2008).

5.3.1. Az egészségi állapot változása a mortalitási adatok tükrében a rendszerváltást követően

A területi mortalitás időbeli változásai reflektálnak a területek eltérő általános fejlődésére is. Budapesten nyílik leginkább az olló az alacsony és magas végzettség között. A rendszerváltást követő visszaesés Észak-Magyarországon volt a legnagyobb, ahol nemcsak az alacsonyabb, de a magasabb végzettségűek is veszítettek életkilátásaikból (Hablicsek és Kovács, 2007c).

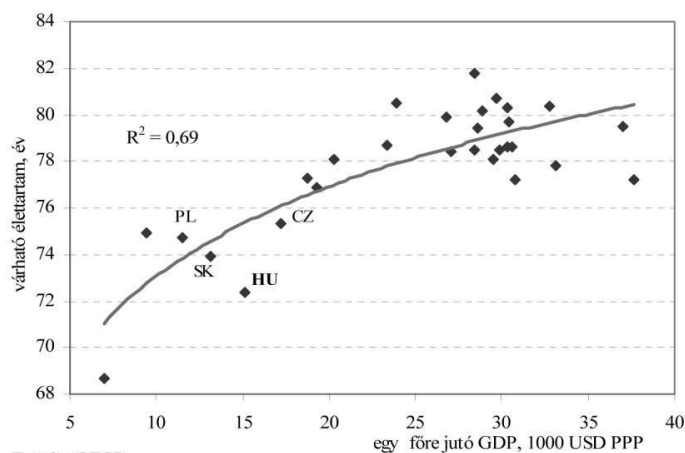
Ez természetesen nem az abszolút mutatók romlását jelenti, hiszen azok Magyarországon is javulást mutattak az elmúlt 10 évben, hanem relatív pozíciónk nem javult az OECD országok átlagához viszonyítva, sőt az elmaradás mértéke fokozódott (3. sz. ábra).



Forrás: OECD

3. sz. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam *Magyarországon és az OECD országaiban* 1960-2007 között (OECD, 2009a).

A születéskor várható átlagos élettartam mutatónk nem csak az OECD tagországok átlagától marad el, de az ország társadalmi- gazdasági fejlettsége alapján elvárható szinttől is (4. sz. ábra).

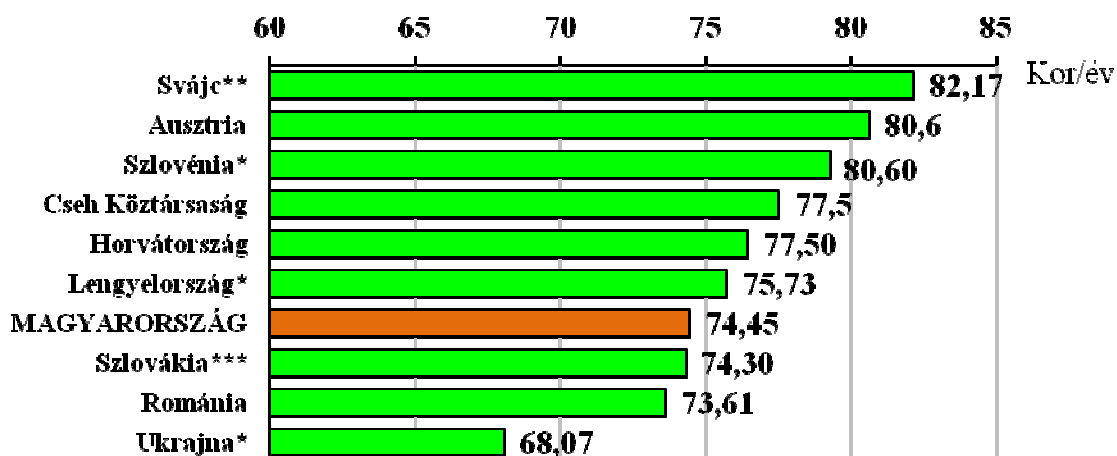


Forrás: OECD

4. sz. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam és a vásárlóerő paritásra korrigált egy főre jutó nemzeti össztermék viszonya az OECD országokban (OECD, 2005).

A születéskor várható élettartam

Magyarországon mind a rendszerváltás előtt, mind utána jelentősen elmaradt a születéskor várható élettartam a környező országokéhoz képest is. Magyarországnál a legfrissebb adatok szerint csak Romániában és Ukrajnában tapasztalható alacsonyabb várható élettartam (5. sz. ábra).

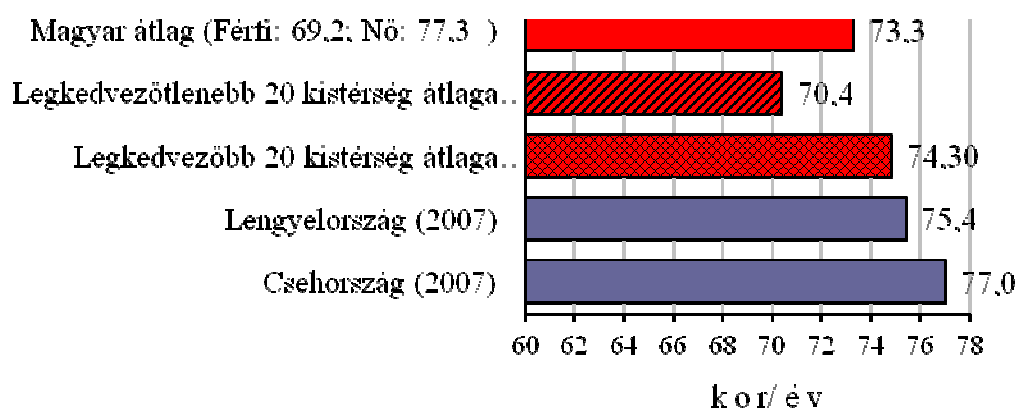


Forrás: HFA adatbázis, 2011.január

*2008. év
 **2007. év
 ***2005. év

5. sz. ábra: Születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon és Közép-Kelet-Európa néhány országában 2009-ben (HFA adatbázis, 2011. január).

A környező országokhoz viszonyított elmaradást tovább árnyalják a területi egyenlőtlenségek: a 20 legmagasabb születéskor várható élettartammal jellemezhető magyar kistérség átlaga sem éri el a cseh és a lengyel átlagot sem (Csite és Németh, 2007) (6. sz. ábra).

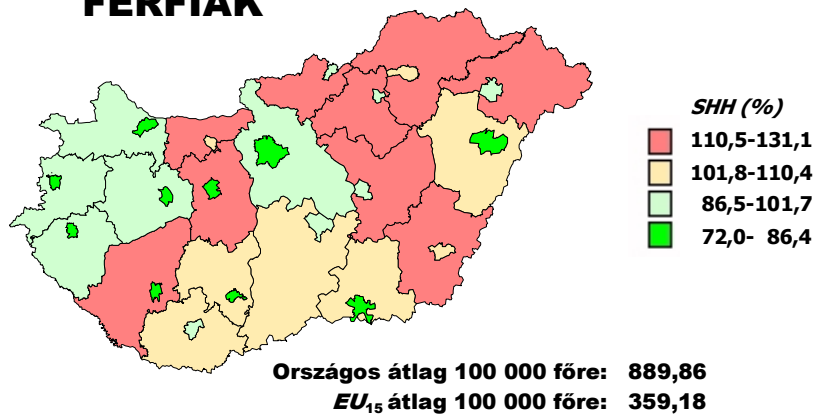


Forrás: OECD Health Data 2009
*Csite és Németh 2007

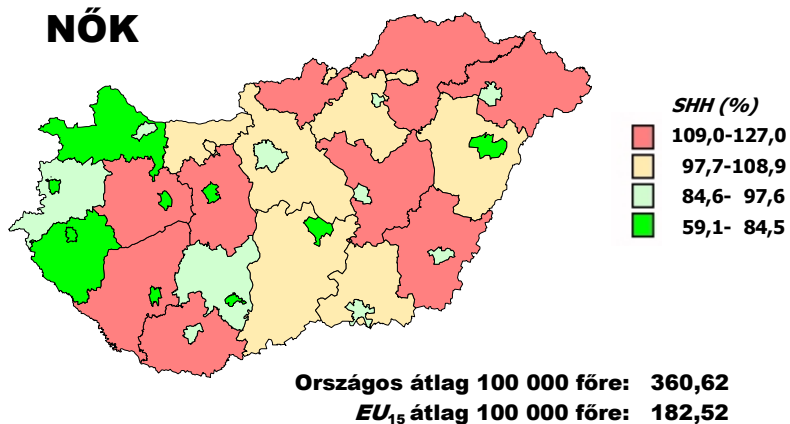
6. sz. ábra: A születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon, Lengyelországban és Csehországban 2007-ben (OECD Health Data, 2009a; Csite és Németh, 2007).

A születéskor várható élettartam tekintetében jelentős területi egyenlőtlenségek figyelhetők meg, ez párhuzamba állítható a társadalmi-gazdasági státusz területi egyenlőtlenségeivel (8. sz. ábra). Hasonló eltérések figyelhetők meg a korai halálozás viszonylatában is (HFA adatbázis, 2011. január) (7. sz. ábra).

FÉRFIAK



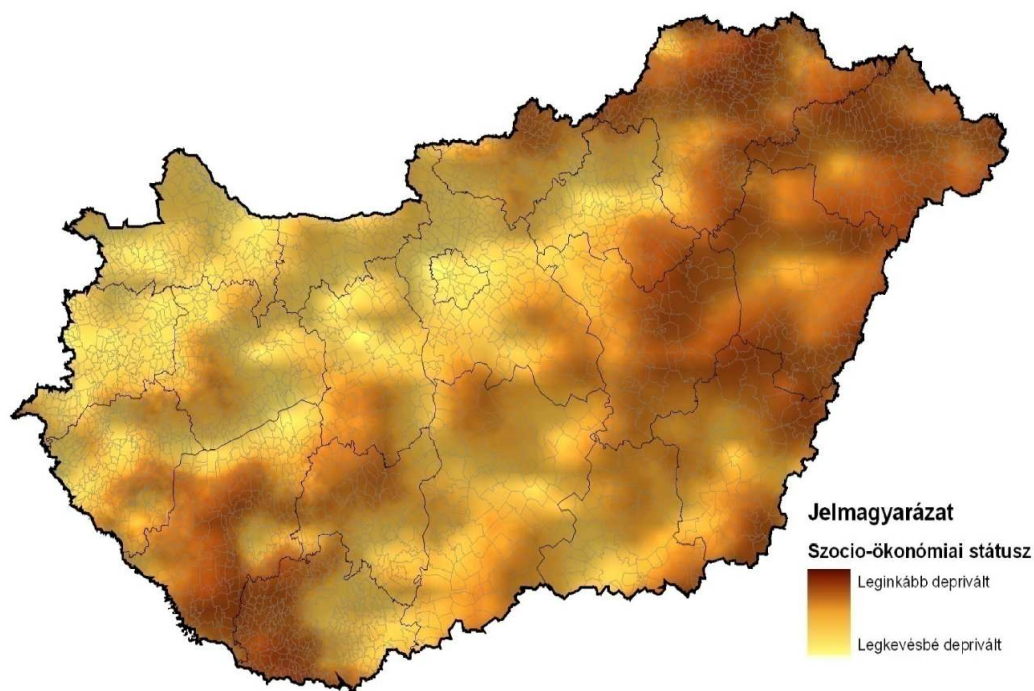
NŐK



Forrás: HFA adatbázis, 2011. január

SHH: standardizált halálozási hányados

7. sz. ábra: A 25-64 éves férfiak és nők korai halálozásának területi különbségei Magyarországon megyék megyeszékhelyei és vidéki területei szerinti bontásban 2009 (HFA adatbázis, 2011. január; Forrás: Ádány R. (szerk.), Megelőző orvostan és népegészségtan, 2. kiadás, Medicina Kiadó, Budapest, megjelenés alatt).



8. sz. ábra: A társadalmi-gazdasági státusz index alapján meghatározott területi

egyenlőtlenségek Magyarországon, 2001 (Juhász és mtsai, 2009).

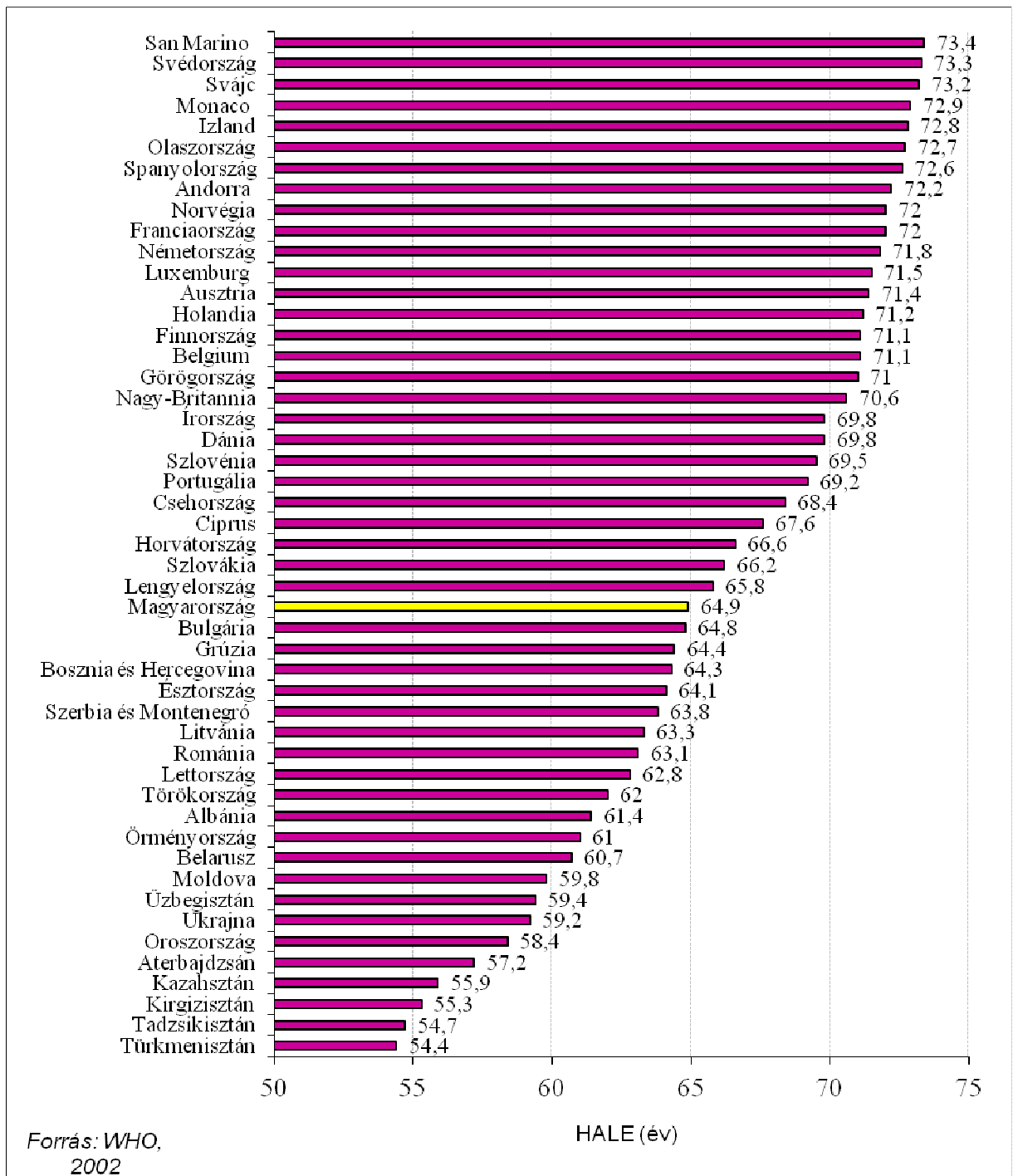
Magyarországon a születéskor várható átlagos élettartam jelentős eltérést mutat a nem függvényében, a férfiaknál szorosabb a kapcsolat az iskolai végzettség és a születéskor várható élettartam között: „Egy felsőfokú végzettségű férfi 2005. évi halandósági viszonyok mellett átlagosan 71 év megérését remélhetné, ami 16 évvel múlja felül a 8 általános iskolai osztályt sem végzettek születéskor várható átlagos élettartamát (55 év). Az általános iskola 8 osztályát (és szakiskolát végzett) férfiak várható élettartama 11, a középiskolát végzetteké pedig 3 évvel alacsonyabb a legmagasabb végzettségűekénél” (Klinger, 2007) (2. sz. táblázat).

Iskolai végzettség	Születéskor várható élettartam			
	Férfi	Nő	Férfi	Nő
	év		az átlag %-ában	
0-7-o.	55	76	60	99
8.o.	60	76	87	99
Közép	68	78	99	101
Felső	71	79	103	103
Együtt	69	77	100	100

2. sz. táblázat: Születéskor várható átlagos élettartam nem és iskolai végzettség szerinti bontásban (Klinger, 2007).

Az egészségben eltöltött élettartam

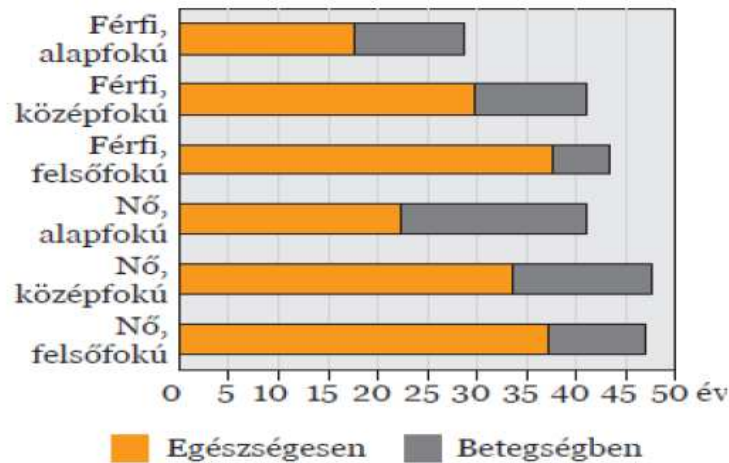
Az egészségi állapotot jellemző másik mutató az egészségben eltöltött életévek száma. Ez a mutató a várható élettartamon alapszik, de korrigál a nem egészségben eltöltött időre is. Ez az indikátor egy újszülött várhatóan teljes egészségben eltöltött éveinek a számát mutatja, a lakosság jelenlegi mortalitási mutatói és az egészségi állapot eloszlási prevalenciája alapján. Azokban az országokban, ahol a születéskor várható élettartam 70 év, a HALE 57 és 61,5 év közt mozog (WHO, 2002) (9. sz. ábra).



9. sz. ábra: Egészségben töltött várható élettartam (HALE) az Európai Régióban, 2002 (WHO, 2002).

Az egészségben eltöltött életek száma és az iskolai végzettség között szoros kapcsolat mutatható ki. „Az iskolai végzettség hatása a betegség időszakának kezdetére elsődleges abban az értelemben, hogy – nemtől függetlenül –, „legkorábban” az alapfokú

végzettségűek betegszenek meg, „legkésőbb” pedig a felsőfokú végzettségűek” (KSH, 2006) (10. sz. ábra).



10. sz. ábra: A 35 éves korúak egészségben, illetve betegségben várható élettartamának alakulása iskolai végzettség szerint 2005-ben Magyarországon (KSH, 2006).

5.3.2. A rokkantság mutatói

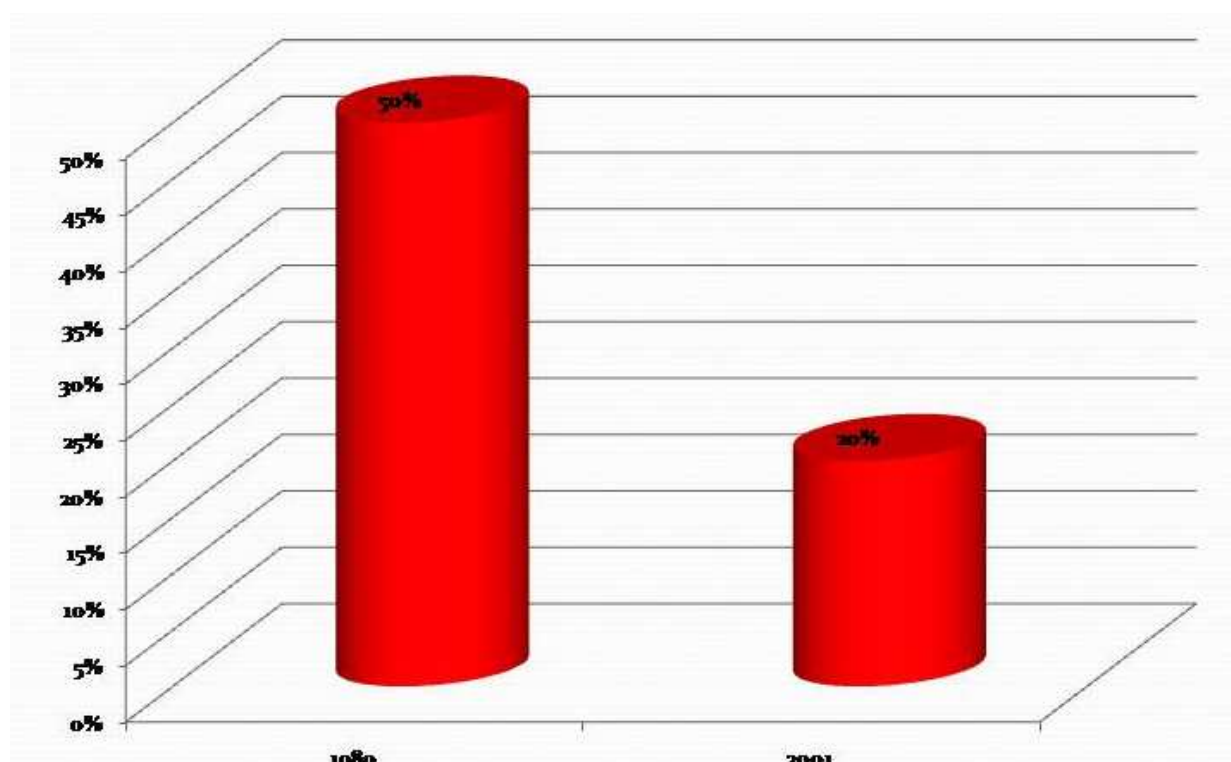
A WHO definíciója szerint a rokkantság az egyén kora, neme és társadalmi szerep szerint elvárható mindennapi tevékenységek (pl. önellátás, társas kapcsolatok, tanulás) tartós akadályoztatása. A rokkantság tehát az embernek, mint társadalmi lénynek a társadalmi funkcióiban bekövetkezett zavara.

5.3.3. Foglalkoztatottság változásai a rendszerváltás után

Magyarországon a rendszerváltás után, 1990 és 1993 között, drámaian lecsökkent a férfiak és a nők gazdasági aktivitása. A rendszerváltozást követő aktivitáscsökkenés fő oka az állami nagyipar és nagyüzemi mezőgazdaság felmorzsolódása és az ebből következő mély gazdasági válság. Ennek következményeként feltehetően nőtt a munkaerő „szürke- és fekete-” foglalkoztatása, a foglalkoztatottak jelentős tömegei viszont a nyugdíjas vagy háztartásbeli inaktivitásba léptek. A reaktiválás még az időközben felgyorsuló gazdasági növekedés időszakában is csekély volt (Polónyi és Tímár, 2002).

Egyes becslések szerint Magyarországon a rendszerváltás utáni néhány év alatt közel másfél millió munkahely szűnt meg, nagyjából annyi, mint amennyit az erőltetett iparosítás negyven éve alatt sikerült létrehozni (Csillag, 2001). Ez egyrészt a korábban nem tapasztalt munkanélküliség, s az ahhoz kapcsolódó ellátások révén, másrészt a nyugdíjba „menekülés” terheivel, harmadrészt a növekvő fekete- és szürkegazdasághoz kapcsolódóan a látható és terhelhető jövedelmek eltűnésével, jelentősen hozzájárult az államháztartás régi-új gondjainak erősödéséhez (Muraközy, 2004).

A rendszerváltásnak nemcsak a munkaerőpiacon és az életkörülmények terén, hanem az életkilátásokban is egyértelmű vesztesei a legalacsonyabb iskolai végzettségűek, nyertesei pedig a magasabb végzettséggel rendelkezők, különösen a diplomások (11. sz. ábra).



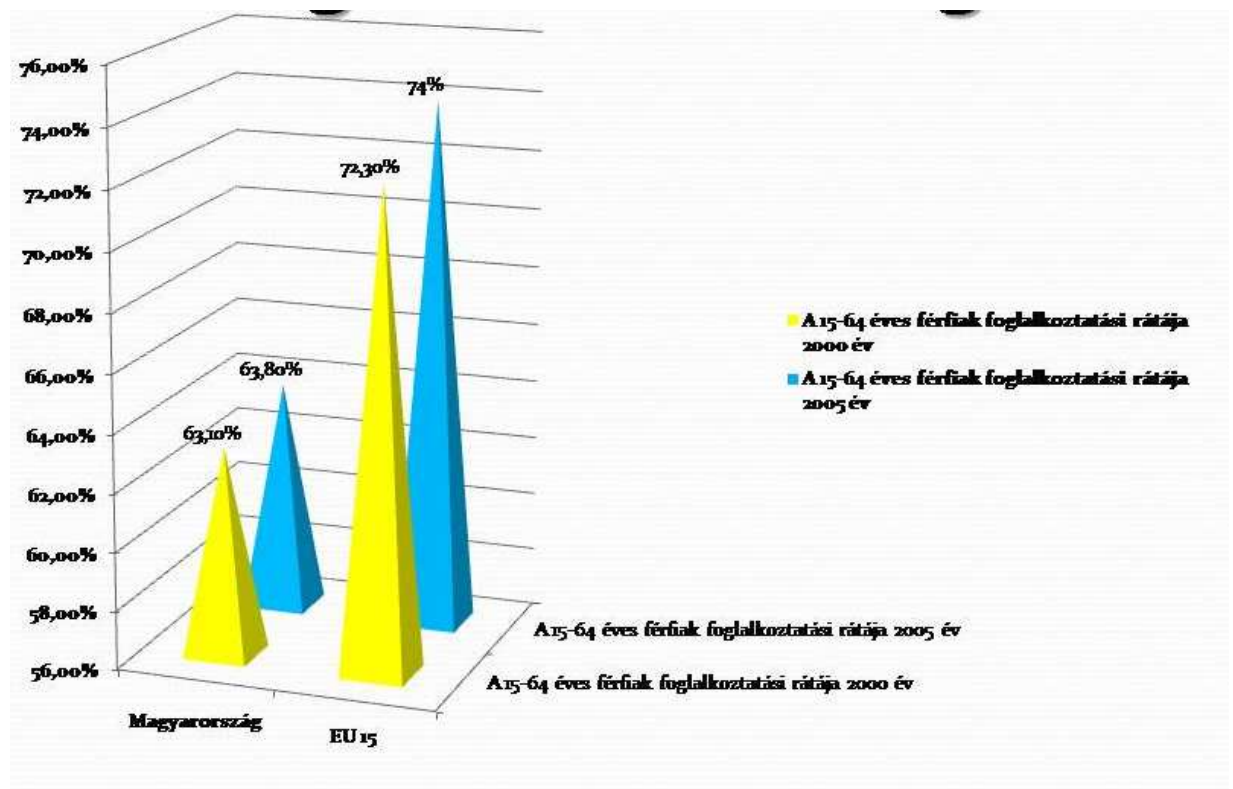
11. sz. ábra: A 8 általánost, vagy annál kevesebbet végzett foglalkoztatottak arányának alakulása Magyarországon (Semjén, 2005).

Az ezredfordulót követő időszak munkapiacával foglalkozó tanulmányok, amelyek OECD adatok alapján Magyarország helyzetét vizsgálják, azt igazolják, hogy a magyar foglalkoztatási szint nemzetközi összehasonlításban alacsony (Fazekas és Telegdy, 2006).

Magyarországon, a megindult növekedés ellenére, továbbra is alacsony a foglalkoztatottság. Az állástalanok (munkanélküliek és inaktívak) aránya nemzetközi összehasonlításban rendkívül magas. A foglalkoztatottak aránya a legalacsonyabbak közé tartozik Európában. „Mára az adófizetők szám szerint is kisebbségbe szorultak a választópolgárok között.” (Mihályi, 2008c).

A foglalkoztatottság alakulása korcsoport szerint

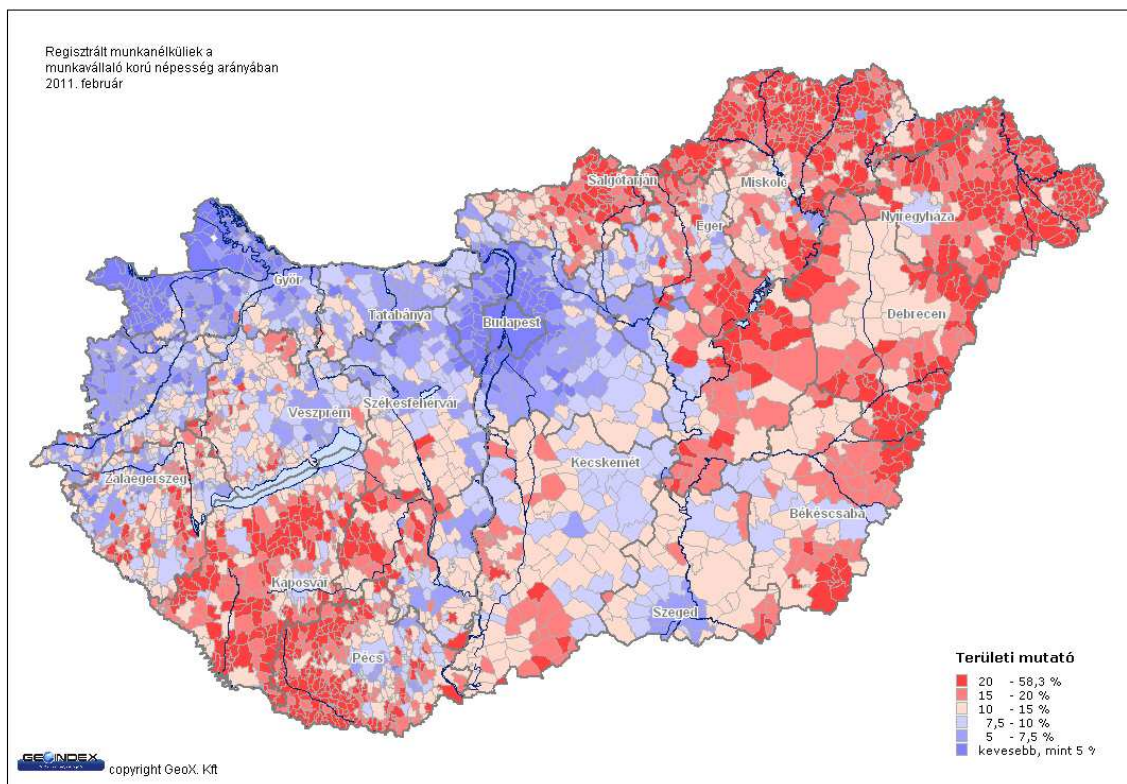
A 15–64 éves férfiak foglalkoztatási rátája a 2000 és 2005 közötti időszakban Magyarországon 63,1 és 63,8 százalék között mozgott, és a lemaradás mértéke a 15 európai uniós tagállam átlagához képest 9,2 és 10,2 százalékpont között szóródott (OECD, 2008) (12. sz. ábra).



12. sz. ábra: A foglalkoztatottság alakulása Magyarországon az EU15 átlaggal összehasonlításban (Kertesi és Varga, 2005).

A foglalkoztatottság alakulása területi megoszlás szerint

Jelentős területi eltérések figyelhetők meg a munkanélküliség alakulásában-megfigyelhető, hogy Budapest vonzáskörzetében illetve az Ausztriával szomszédos területeken jelentősen kisebb a munkanélküliek aránya a népességben. Az általános gazdasági mutatókkal egybehangzóan a keleti és a dél-dunántúli régiók munkanélküliségi mutatója kedvezőtlenebb képet mutat (13. sz. ábra).



13. sz. ábra: Regisztrált munkanélküliek a munkavállaló korú népesség arányában 2011. február (www.geoindex.hu).

A foglalkoztatottság alakulása iskolai végzettség szerint

Foglalkoztatásbeli lemaradásunk azonban nemtől és korcsoporttól függően iskolai végzettségi kategóriánként igen különböző: a felsőfokú végzettségűekre nézve csekély, mindössze 3-4 százalékpontnyi, a középfokú végzettségűeknél 7-8 százalékpontnyi, a

középfokúnál alacsonyabb végzettségűek esetében azonban már igen jelentős: 15-30 százalékpontot tesz ki (Kertesi és Varga, 2005).

A foglalkoztatás a nyolcvanas évek második felében beinduló nagymérvű csökkenése együtt járt a foglalkoztatási szerkezet jelentős átalakulásával. Kimutatható a mezőgazdasági, ipari, építőipari és egyéb foglalkozásúak részaránya (és abszolút száma is) jelentősen csökkent, miközben a vezetők és értelmiségiek, az egyéb szellemiek és a szolgáltatási foglalkozásúak aránya nőtt – sőt a vezetők és értelmiségiek, illetve a szolgáltatási foglalkozásúak esetében még az abszolút foglalkoztatotti létszámok is nőttek, az összfoglalkoztatás egyidejű jelentős csökkenése ellenére is (Semjén, 2005).

Az 1980-as években, amikor nagyobb létszám érkezett középiskolás korba, a középfokú oktatás kiterjesztése olyan módon folytatódott Magyarországon, hogy az általános iskolát befejezők továbbra is nagy hányadát iskolázták be a szakmunkásképzésbe, míg ugyanebben az időszakban az európai országokban a középfokú képzésben a hosszabb képzési idejű iskolákba járók aránya növekedett.

A beiskolázási keretszámok eltörlésével a középfokú továbbtanulási formák megválasztása a rendszerváltás után gyakorlatilag szabaddá vált, és ennek következtében az érettségit adó középiskolába való jelentkezések aránya jelentősen megnőtt. A kereseti hozamok és a relatív foglalkoztatási esélyek rendszerváltás utáni trendjei alapján szinte biztosak lehetünk abban, hogy a korábbinál képzetesebb fiatalok megjelenése komoly mértékben hozzájárult ahhoz, hogy az ország elmozduljon arról a gazdasági és foglalkoztatási holtpontról, ahová a rendszerváltás után került.

Ha a dolgozók legmagasabb iskolai végzettsége szerint elemezzük a foglalkoztatás alakulását, nem kevésbé mélyreható változásokat tapasztalunk. A nyolc általánost, illetve annál kevesebbet végzett foglalkoztatottak száma és aránya rendkívüli mértékben csökkent. Míg 1980-ban még a foglalkoztatottak több mint fele ebbe a csoportba tartozott, 2001-ben arányuk már csak 20%-ra volt tehető – e mögött a népesség iskolai végzettségének általános emelkedésén túl az alacsony képzettségű munkaerő iránti kereslet nagymérvű visszaesése állt (Semjén, 2005).

Messze vezető kérdés, hogy a középfokú expanzió miért nem volt képes áttörni azt a határvonalat, amelyet a társadalom alsó húsz százalékának makacs alulképzettsége jelent. Miért tört meg az a hetvenes évek eleje óta 15 évig töretlenül érvényesülő trend, amely évről-évre folyamatosan csökkentette az egy születési évjáratból a nagyon alacsony (8 osztálynál, illetve szakiskolánál nem magasabb) iskolázottsági szinten megrekedt népesség arányát?

Ezt az évről-évre újratermelő húsztízszázaléknyi iskolázatlan tömeget a középfokú oktatás már csak úgy lenne képes felszívni, ha az alulfokú oktatás minőségileg radikálisan megújulna, és képes lenne hozzájuk kreatív módon eljuttatni a modern társadalomban való eligazodáshoz feltétlenül szükséges tudás minimumát.

A foglalkoztatottság lemaradásainak lehetséges okai

Alacsony iskolázottság

A magyar foglalkoztatási ráta azért alacsony, mert a munkaképes korú népesség túlságosan nagy része alacsony iskolázottságú, és ezért – akárcsak az Európai Unió országaiban – nehezen foglalkoztatható.

Az alacsony végzettségű munkaerőtömeg foglalkoztatását a külföldi zöld-, illetve barnamezős beruházások segítették a kilencvenes évek elején, mivel jóval olcsóbb volt hazánkban a munkaerő, mint a szomszédos országokban. Majd a minimálbér bevezetésével, a betanított munkára építő beruházások kivonultak az országból, mivel a bérek és az alulképzett munkaerőtől várható termelékenység és teljesítmény nem voltak összhangban (Csillag és Mihályi, 2006).

A magyar gazdaságban az elmúlt két évtizedben drasztikusan csökkent az alacsony képzettséget igénylő munka iránti igény, ezért a munkavállalási korban lévő szakképzetlen munkavállalók egyre inkább kiszorultak a munkaerőpiacról (az alacsony iskolázottságúak foglalkoztatási rátája alig haladja meg a 27%-ot). Ezen folyamat következtében a tartósan munka nélkül lévők száma folyamatosan magas és közöttük is egyre növekvő arányban vannak jelen a rendszeres szociális segélyben részesülő

személyek. További problémát jelent, hogy évről-évre gyarapszik az iskolázatlan, vagy hiányos iskolázottságú fiatal felnőttek csoportja, akik esetében fokozottabb annak a kockázata, hogy aktív pályafutásuk évtizedeiben segélyekből és egyéb szociális transzfer jövedelmekből tartásuk el magukat és családjukat (Bíró és mtsai, 2010).

Az eredmények azonban azt is mutatják, hogy az alacsony iskolázottságú munkaerő foglalkoztatási esélyei hazánkban lényegesen rosszabbak, mint az Európai Unió országaiban.

A jelenség okai rendkívül összetettek. Az okok között elvileg az is felmerülhet, hogy az alacsony iskolázottságú magyar munkaerő tudása, készségszintje nem üti meg azt a mércét, amelyet egy modern gazdaság megkövetel.¹

A képzetlen munka, mint termelési tényező Magyarországon különösen könnyen váltható ki tárgyi eszközökkel, ha a relatív ára emelkedik. Bizonyosnak látszik, hogy az alapvető probléma az aluliskolázottak foglalkoztatásával van. Az iskolázottság szerinti összetétel összehasonlítása azt is megmutatta, hogy nem csak a minőségi, hanem a mennyiségi fejlesztés is indokolt (Kertesi és Köllő, 2002).

A statisztikák, a hazai oktatás-gazdaságtani és munkaerő-piaci kutatások a rendszerváltás után a képzettség felértékelődését mutatják – ez elsősorban az érettségizettek és a felsőfokú iskolai végzettségűek javuló munkaerő-piaci és jövedelmi pozíciójában nyilvánul meg. Bár a főiskolát vagy egyetemet végzettek minden kereseti csoportban növelték kereseti előnyüket, az iskolázottság értéke sokkal nagyobb mértékben emelkedett a fiatalabb korosztályokban (Kertesi és Köllő, 2001).

A főiskolát vagy egyetemet végzettek minden korcsoportban növelték a kereseti előnyüket, de az iskolázottság értéke sokkal nagyobb mértékben emelkedett a fiatalabb korosztályokban. A középfokú végzettség kereseti hozama csak a fiatalabbaknál – különösképpen a nőknél – emelkedett. A szakmunkásképzőt végzettek helyzete általánosságban nem javult (sem a férfiak, sem a nők bére nem nőtt a referenciaként szolgáló iskolázatlan kategóriákhoz képest), de a fiatal szakmunkás végzettségűek bére mintegy 10 százalékkal nőtt idősebb kollégáikhoz képest (Kertesi és Köllő, 2001).

¹ Azt a lehetőséget kizárhatjuk, mely szerint az alacsony iskolázottságú munkaerő minősége jobban elmaradna az országos átlagtól Magyarországon, mint az Európai Unió országaiban.

A kilencvenes évek közepe óta újonnan keletkező állások jelentős része új technológiákat alkalmazó, tőkeintenzív, közepes és nagyvállalatokban jött létre, melyek – a tőke és a tudásigényes munka komplementaritása miatt – csak igen kis mértékben támasztanak keresletet alacsony iskolázottságú munkaerő iránt. Mihályi Péter szerint ennek oka az alulképzett munkaerő felszívására képes, rokonsági-ismeretségi alapon működtetett, 5-10-50 fős, magántulajdonú kisvállalkozások hiánya lehet (Mihályi, 2008d).

Az oktatási expanzió hatása

A magyar oktatási rendszerrel kapcsolatosan meg kell jegyeznünk tehát, hogy nemcsak az oktatási rendszer alsó szintjén, hanem az oktatási hierarchia bármely pontján rosszabbul teljesít. Az Unió országainak átlagánál kevésbé képes elsajátítani a jobb teljesítményekhez szükséges készségeket (Köllő, 2004).

Az oktatás elmúlt évtizedben végbement expanziója komoly javulást hozott. A fiatalabb korcsoportok már jóval nagyobb hányada iratkozott be érettségit adó középiskolába, a szakmunkásképző (jelenlegi nevén szakiskolai) képzés meghosszabbodott.

A végbement oktatási expanziót számos bírálat érte. Még szakmai körökben is gyakran megfogalmazódik az a kritika, hogy Magyarországon fölösleges túlképzés folyik, elsősorban a felsőoktatás területén, de középfokon is. E vélemények szerint inkább a szakmunkásképzést kellene fejleszteni.

Kertesi–Varga nem értenek egyet ezzel az állásponttal. A munkaerőpiacon megfigyelhető változások nem támasztják alá azt a vélekedést, hogy a kilencvenes évek oktatási expanziója értelmetlen túlképzéshez ⁽²⁾ vezetett volna (Kertesi és Varga, 2005).

(2) A túlképzés a munkahelyi követelmények és az iskolai végzettség viszonyát leíró kategória. Túlképzettnek az tekinthető, aki az adott munkakör betöltéséhez szükséges végzettségnél magasabb végzettséggel rendelkezik, vagy a szükségesnél több iskolai osztályt járt ki. A rendszerváltás óta eltelt 15 év munkaerőpiaci tapasztalata, számos egymást kölcsönösen alátámasztó evidencia arról tanúskodik, hogy az iskolázott fiatal munkaerő kínálatának jelentős növekedése a kereslet minden valószínűség szerint még jelentősebb növekedése mellett ment végbe: az újonnan piacra lépő diplomások és érettségizettek nagy száma ellenére sem csökken az érettségi, illetve az egyetemi diploma piaci értéke a fiatal korcsoportokban. Vagyis nincs másról szó, mint hogy a gazdaság átalakulását (a munkaerőkereslet szerkezetváltozását) a kínálat szerkezete követte.

Világosan érzékelhető, hogy az alacsony (hiányos) iskolázottság komoly társadalmi veszteségekkel jár. A fiatalok szakképzettségének fejlesztésével el kell érni, hogy a fiatalok rendelkezzenek az alkalmazkodóképességhez szükséges ismeretekkel és a munkaerőpiacon elismert képességekkel (Bíró és mtsai, 2010).

Galasi nemrégiben azt is kimutatta, hogy a piac pozitívan értékeli az adott foglalkozásokon belül megszokott iskolázottsági szint fölötti iskolai osztályszámban mért képzettséget. Az elemzéséből az is kiderül, hogy a vállalatok a munkahelyi követelményeket újradefiniálták és a korábban alacsonyabb végzettséggel betölthető álláshelyekre egyre inkább magasabb végzettségű munkavállalókat óhajtanak felvenni. A kétezres évek elejére, az oktatási rendszer expanziója nyomán pedig már egyre inkább voltak képesek a munkáltatók az újradefiniált munkahelyi követelményeknek megfelelő (magasabb iskolázottságú) munkavállalókat alkalmazni (Galasi, 2004a).

Sokakban komoly gyanút ébresztett a magyar felsőoktatásnak az a mennyiségi fellendülése, amit a kilencvenes évek eleje óta folyamatosan tapasztalhattunk, mondván, hogy ilyen gyors és nagymértékű expanzió csakis az oktatás minőségének a rovására mehetett végbe. Ez a bíráló kételkedésbe vonja azt, hogy a felsőfokú képzésbe frissen beiskolázott fiatalok a képzés révén valamilyen új, hasznosítható tudáshoz jutnak. Azt kell mondani, hogy e kérdés eldöntése alapvetően a felsőfokú képzésre jelentkező fiatalok és későbbi munkáltatóik dolga (Kézdi, 2002).

Az ellenkező irányú jóslatok és a sajtó által is felkapott vélekedések dacára tehát a Galasi által vizsgált időszakban a jelentős felsőoktatási expanzió ellenére sem következett be a felsőfokú végzettség túlkínálata, nincs számottevő diplomás munkanélküliség és a felsőfokú végzettségűek általában nem kényszerültek arra, hogy a munkaerőpiacon alacsonyabb szegmenseibe tartozó állásokat fogadjanak el. A jelentős expanzió, a növekvő diplomás-kibocsátás ellenére sem tapasztalható a felsőoktatás bérhozámainak jelentősebb csökkenése (Kézdi, 2002).

A felsőfokú végzettség hazai bérhozáma egyébként nemzetközi összehasonlításban is kiemelkedőnek mondható. Az ezredfordulón az OECD-n belül a felsőfokú végzettek

relatív (középfokú végzettséghez képest mért) kereseti prémiumai 21 országból Magyarországon voltak a legnagyobbak (OECD, 2002).

Klasszikus kritika a képző intézmények felé, hogy sok esetben a bizonyítvány megszerzése nem jár együtt a működőképes szakismeret megszerzésével, valamint a képzés nem a munkaerő-piaci igények kielégítését célozza, nem a piac által igényelt szakmákat biztosítja, a túlképzés által pedig jelentős túlkínálat termelődik.

Az oktatás és a foglalkoztatás kapcsolatrendszerében az alacsony iskolázottsági szint emelésének, ezzel a munkavállalás motiválásának kiemelt szerepe van. Statisztikai adatok alapján igazolható, hogy a tartósan munkanélküliek körében jóval magasabb az alacsony iskolai végzettséggel rendelkező vagy iskolázatlan, továbbá megállapítható, hogy a munkavállalásra való motiváltságuk is alacsony (Bíró és mtsai, 2010).

„Az a hipotézis, amely a felsőoktatás létszámának lényegében stagnáló foglalkoztatási szint mellett végbement igen gyors növekedése alapján a felsőfokú végzettség leértékelődését, a felsőfokú végzettségbe fektetett erőforrások elpazarlását, illetve a felsőfokú végzettségűeknek felsőfokú végzettséget nem igénylő munkakörökben történő növekvő és várhatóan tömeges alkalmazását jelzi előre, adatainkkal nem igazolható. Ennek éppen az ellenkezőjét látjuk: megnövekedett felsőoktatási kibocsátás mellett a felsőfokú végzettségűek egyre nagyobb arányban helyezkedtek olyan foglalkozásokban, amelyekben a felsőfokú végzettség bérhozama rendkívül magas” (Galasi, 2004b).

Magyarország foglalkoztatási lemaradásának zöme abból adódik, hogy bajok vannak az alacsony iskolázottságú munkaerő foglalkoztatásával: az EU átlagához képest túl sokan vannak és rosszabbul is foglalkoztathatók. Az alacsony iskolázottságúak magas aránya részben a korábbi iskolaszervezeti sajátosságokkal magyarázható, de legalább ilyen fontos ok az, hogy a nyolcvanas évek közepétől megtört az a hosszú távú trend, amely a hetvenes évek eleje óta évről-évre folyamatosan csökkentette az egy születési évjáratból a nagyon alacsony (8 osztálynál, illetve szakiskolánál nem magasabb) iskolázottsági szinten megrekedt népesség arányát. Ennek az a valószínű magyarázata, hogy a középfokú expanzió beleütközött azokba a társadalmi rétegekbe, melyeknek családon belüli a tudásakkumulációja. A jelenlegi magyar közoktatási rendszer keretei között már nem elegendő a középiskola sikeres elvégzése. Ezt az évről-évre újratermelődő hús

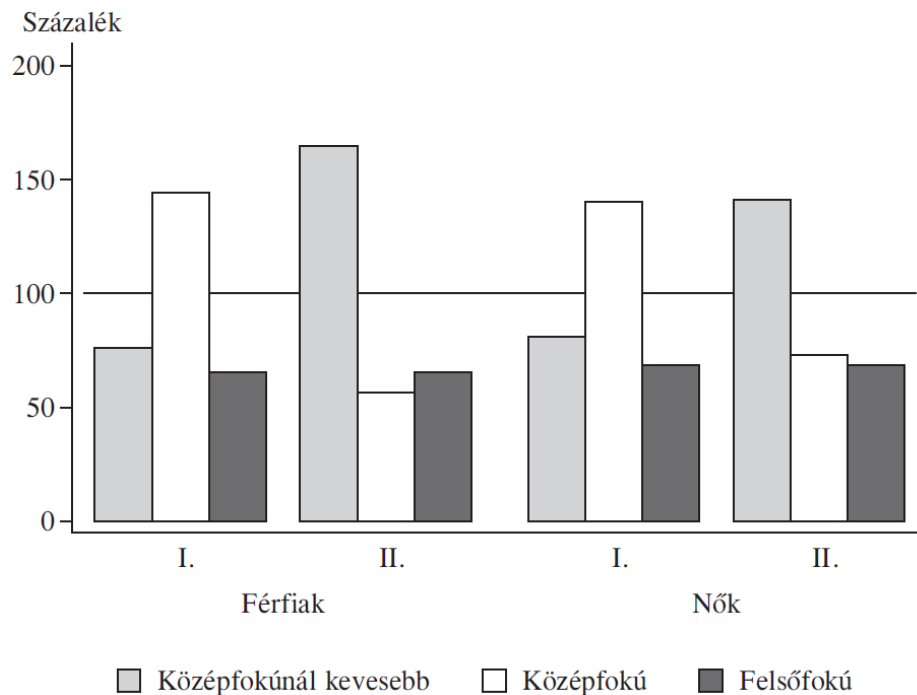
százaléknyi iskolázatlan tömeget a középfokú oktatás már csak úgy lenne képes felszívni, ha az alapfokú oktatás minőségileg megújulna és a szegény néprétegek gyermekei számára is képes lenne minőségi szolgáltatásokat nyújtani. A kilencvenes évtized oktatási expanzióját igen pozitív fejleménynek tekinthetjük, hiszen e nélkül a hazai foglalkoztatás minden bizonnyal még alacsonyabb szinten állna. A munkaerő piaci tapasztalatok azt mutatják, hogy az iskolázott fiatal munkaerő kínálatának jelentős növekedése a gazdaság átalakulását követte. Az iskolázási expanzió progresszív hatását bizonyítja az is, hogy az 1990. évi bázishoz képest jelentősen nőtt a 20-59 éves korcsoporton belül azoknak az aránya, akiknek a képességei eléri azt a szintet, amelyet egy modern gazdaság munkaerőpiaca minimálisan megkövetel. A hazai iskolarendszer (és foglalkoztatáspolitikai) valódi nagy gondja nem a túlzott iskolai expanzió, hanem az alul levők krónikus iskolázatlansága. Sokan vannak az iskolázatlanok és a gazdaság szerkezeti problémái miatt nehezen is foglalkoztathatók. Magyarország kirívóan nagy foglalkoztatási lemaradása döntően erre vezethető vissza. Az okokat teljes mélységében azonban ma sem ismerjük (Galasi, 2004b).

A legutóbbi időkhöz a szakemberek jelentős része a munkanélküliek iskolázatlanságát, alacsony képzettségi szintjét tartotta elsődleges oknak. Ezt az újabb vizsgálódások már nem igazolták egyértelműen. A tartós munkanélküliség legalább olyan szoros kapcsolatot mutat a fizikai, mentális egészségi állapottal és az életminőséggel, mint a képzettséggel. A tartósan munkanélküliek nagy része fizikailag, mentálisan vagy pszichésen sérült a társadalmi-gazdasági lemaradás okán, ugyanakkor közöttük nemritkán találunk képzeteket, sőt magasan képzetteket is. Éppen ezért – az eredményesebb fellépés érdekében – a tartós munkanélküliség kezelése az eddigieknél sokkal differenciáltabb megközelítést kíván az eltérő helyzetű csoportok szerint és egyénenként egyaránt (Bíró és mtsai, 2010).

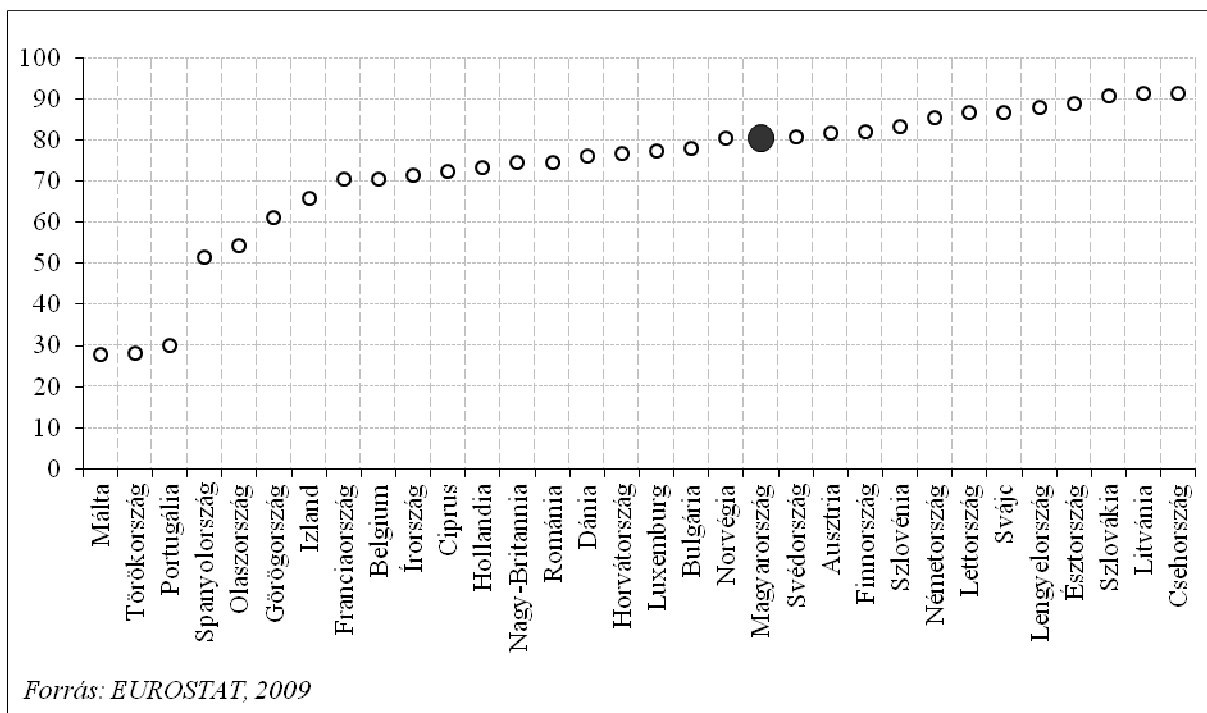
5.3.4. Az iskolázottság helyzete: emberi fejlődés indexe (human development index)

Középfokú végzettség vizsgálata

Az iskolázottság vizsgálatokor a nemzetközi összehasonlítások végzésekor fontos definiálni, hogy a szakiskolai és szakmunkás végzettségűek egy kategóriába kerülhetnek-e az érettségit adó középiskolában (szakközépiskolában, gimnáziumban) végzettekkel. Attól függően, hogy egy kategóriába soroljuk-e őket vagy sem Magyarország relatív iskolázottsági helyzete az EU átlagához képest kedvező, vagy nagyon kedvezőtlen képet mutathat (14. és 15. sz. ábra) (OECD, 2003b).



14. sz. ábra: A 25–64 éves népesség legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása (%) az EU-átlagához viszonyítva nemenkénti bontásban, 2001 I. = I. besorolás (szakmunkás, szakiskolai, szakközépiskolai és gimnáziumi végzettségűek egybe sorolása), II. = II. besorolás (szakközépiskolai és gimnáziumi végzettségűek egybe sorolva) (Kertesi és Varga, 2005).



15. sz. ábra: A legalább középiskolai végzettségűek aránya a 25–64 éves népességben az Európai Régió országában (Eurostat, 2009).

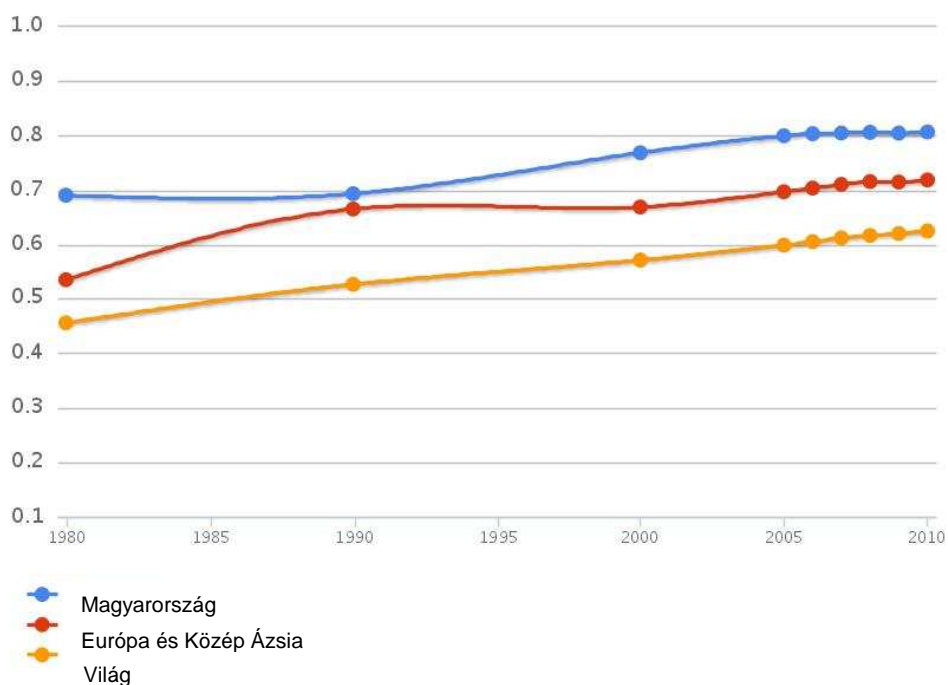
Az emberi fejlődés indexe

Az emberi fejlődés indexe (human development index HDI) egy erőforrás központú, életminőség-indikátor, mely egy adott ország fejlettségét a polgárok képességeinek és választási lehetőségeinek figyelembevételével kvantifikálja. Az index kidolgozásának alapfeltételezése az volt, hogy a fejlődés mind a gazdaság, mind az emberi lét, mind az egyénben rejlő képességek kiteljesedésének folyamata (Husz, 2001). A HDI három fejlődési dimenzió (a gazdasági teljesítmény, az élettartam és az oktatási teljesítmény) négy mutatószámmal mért súlyozott átlaga, ezek:

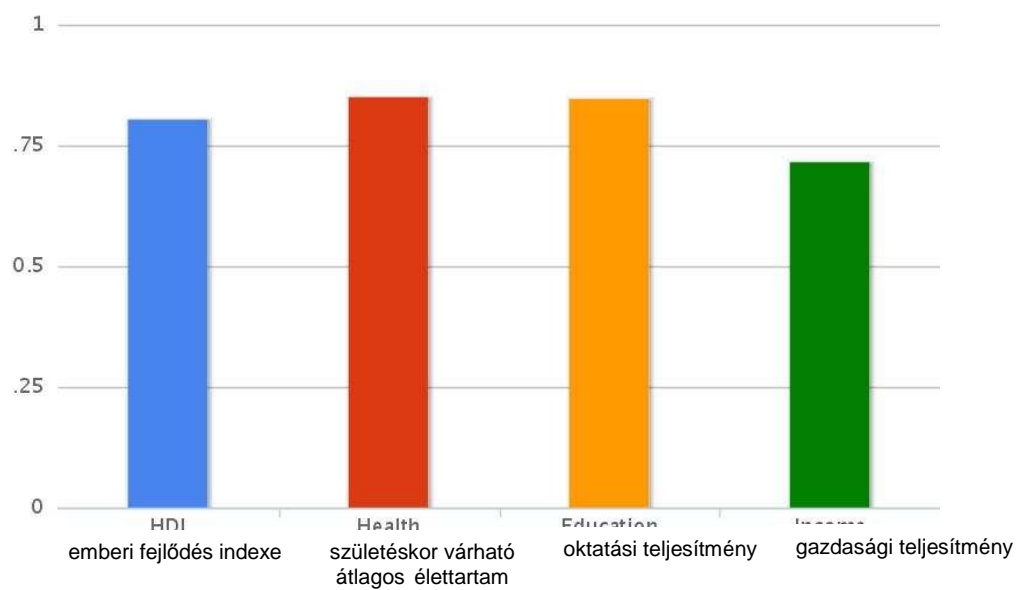
1. gazdasági teljesítmény indikátora az egy főre eső reál GDP (bruttó hozzáadott érték) vásárlóerő-paritáson vett értékének diszkontált változata,
2. élettartam indikátora a születéskor várható átlagos élettartam,
3. az oktatási teljesítmény indikátorát két indikátorból számolják:
 - a. a felnőtt írni-olvasni tudás aránya (kétharmadnyi súly) és

- b. a kombinált (alap-, közép- és felsőfokú) bruttó beiskolázási arány (egyharmadnyi súly).

Magyarország a HDI tekintetében a 36. helyet foglalta el 2010-ben. Az alábbi táblázatban látható a HDI index értéke 1980-tól 2010-ig az európai és ázsiai valamint a világátlag összehasonlításában. 1980 és 2010 között Magyarország HDI értéke évente 0,5%-t nöött, 0,689-ről a 2010-es 0,805-re, amivel a 169 országból a 36. helyet érte el. Ez idő alatt az európai és közép-ázsiai mutató az 1980-as 0,534-ről 0,717-re emelkedett, ezáltal a mutató magyarországi növekedése meghaladta a regionális átlagot (UNDP, 2011) (16. és 17. sz. ábra).



16. sz. ábra: HDI alakulása Magyarországon, Európában, Közép-Ázsiában és a világon 1980-2010-ig (UNDP, 2011).



17. sz. ábra: A HDI és komponenseinek alakulása Magyarországon 2010-ben (UNDP, 2011).

6. Az egészségügyi ellátórendszerek sajátosságai

Az előző fejezetekben bemutatásra kerültek a nagy gazdasági rendszerek, szembesülhettünk azzal, hogy Magyarország, mint koraszülött jóléti állam egy sajátos közép-kelet európai mutánsként jellemezhető Európában. A rendszeren belül az egészségügyre fókuszálva rávilágítottunk arra, hogy az egészségügyi ellátásnak kapcsolata van mind a foglalkoztatással, mind az iskolázottsággal és elhelyezhető a gazdasági rendszerek egészében. Ez az összefüggés előrevetíti, hogy ezen rendszerekben az egészségügyi szektor önmagában csak feltételekkel értelmezhető, mivel a társadalom és a gazdaság számos tényezőjével áll az életminőség kapcsolatban, a közgazdasági értékelést nehezítő erkölcsi, etikai kérdéseket nem is említve. A jóléti társadalmak a polgárok anyagi és szellemi jóléte érdekében pénzügyi és természetbeni juttatásokat használnak fel céljaik eléréséhez. Utalva a Bevezetésben található indokokra jelen fejezet célja, hogy az egészségügyi „piac” sajátosságait elemezze, mint a jóléti társadalmak legnagyobb költségrobbanását okozó természetbeni juttatását annak tudatában, hogy a források szűkülése és a keresletet, valamint a kínálatot növelő tényezők együttesen szétfeszíthetik a világon az orvostudomány által lehetséges és a gazdaságilag megengedhető posztulátum határait. S mivel Kornai János (1998) szavaival élve „*az egészségnek különleges, semmihez sem hasonlítható értéke van*”, így érthető, hogy a háttérhez nagyban hozzájáruló egészségügyi szektor a további elemzések alapjaiul kell, hogy szolgáljon.

Ez a fejezet az egészségügyi rendszer hatékonyságával foglalkozik, kiemelve a tervgazdasági megoldásoknak a rendszert szétfeszítő ösztönzőket. Rávilágítunk a finanszírozás pályafüggőségére és az abban rejlő csapdákra is. A finanszírozási megoldások bemutatásánál rendre nemzetközi példák is bemutatásra kerülnek.

6.1. A piaci koordináció kudarcára adott válasz az egészségügyi ellátórendszerekben

A fentiek tükrében megvizsgáljuk, hogy milyen választ adtak a különböző nagy gazdasági rendszerek az egészségügyi ellátás szervezésével kapcsolatos kihívásokra.

Részletesen kitérünk két nagy ellátórendszer, a brit és az amerikai ellátórendszer sajátosságaira.

Ahogy azt már korábban tárgyaltam, az egészség a WHO definíciója szerint nem pusztán a betegség és rokkantság hiánya, de a teljes testi, lelki és szociális jól-lét (well-being) állapota. A WHO Alkotmányának (1946) elfogadása óta általánosan használt definíció az egészséggel kapcsolatban ideális célképzetet fogalmaz meg, s csak ilyen formában szolgál egészségfejlesztési és betegség megelőzési intervenciók elvi alapjául. A gyakorlatban Mihályi Péter (2003a) meghatározása, miszerint „azt tekintjük egészségesnek, akinek a biológiai működése – életkorát és nemét figyelembe véve – összhangban van az őt körülvevő társadalom elvárásaival” inkább tekinthető elfogadhatónak.

Az egészségügyi ellátó rendszer csak egy az egészség-determinánsok közül, az egészséget ugyanis számos más tényező is alapvetően befolyásolja, úgy, mint a külső (természeti, társadalmi és gazdasági) környezet, az életmód és az öröklött tényezők.

Ugyanakkor célszerű elkülöníteni egymástól az egészségügyi rendszert és az egészségügyi szektort is. Míg az egészségügyi rendszerbe csak a tevékenység tartozik, melynek célja az egészség előmozdítása, az egészségi állapot helyreállítása, stabilizálása, addig az egészségügyi szektor egy tágabb fogalom, melynek társadalmilag a betegek gyógyítása és a szektor dolgozóinak a megélhetése a kettős funkciója (Mihályi, 2003b).

A XXI. századra számos problémával terheltté váltak az egészségügyi rendszerek a világban, a költségek a Témafevetés indoklásában jelzett módon robbanásszerűen növekedtek.

E növekedés komplex folyamatok eredőjeként alakult ki.

1. Egyfelől jelentősen megnőtt az egészségügy keresleti potenciálja. A szociális, higiénés és gazdasági viszonyok a születéskor várható életkor növekedéséhez, a mortalitás csökkenéséhez vezettek (Bíró és mtsai, 2011a).

2. A modern egészségügyi rendszerek kialakulása a XIX. század végén kezdődött meg, nemzetállami keretek között. Ez magyarázza a napjainkig meglévő sokszínűséget, annak ellenére, hogy az orvostudomány szinte a kezdetektől nemzetközi keretek között fejlődik. Az egészségügyi rendszerek kialakulását, fejlődését Európában gazdaságilag megalapozta a kötelező betegbiztosítási rendszerek (társadalombiztosítás, nemzeti egészségügyi szolgálatok) elterjedése.

Száz évvel ezelőtt a legfontosabb feladat a fertőző betegségek (járványok, csecsemőhalandóság) és a balesetek megelőzése, kezelése volt. Ekkor alakult ki a lakosság számára könnyen elérhető háziorvoslás (körzeti orvos, családorvos), és a súlyos betegségek kezelésére a kórházak hálózata.

A II. világháború után az alap kutatások és az alkalmazott tudományok viharos fejlődése következtében kialakult a ma ismert modern medicina. A fertőző betegségek megelőzése (egyes esetekben teljes vagy részleges eradikációja) védőoltásokkal, az antibiotikumok elterjedése (szinergiában a javuló szociális helyzettel, az ipari méretekben olcsón előállított és hozzáférhető élelmiszerekkel) egyfelől Európában megduplázta a születéskor várható átlagos élettartamot, másfelől az idősödő lakosság egészségügyi problémái eltolódtak a krónikus (daganatos, mozgásszervi) illetve a kardiovaszkuláris betegségek irányába.

Ezt a jelenséget nevezik a szakirodalomban epidemiológiai paradigmaváltásnak. Míg az akut, epizódos gyógyítás viszonylag olcsó, az idős emberek, évekig-évtizedekig folytatott (gyakran több betegség miatt komplex) ellátása - ide értve az ugyancsak nagymértékben fejlődő diagnosztikai területek gyakori igénybevételét - rendkívül költségessé vált. Így az ellátási igény fokozatosan eltolódott a fertőző megbetegedések akut, rövid távú definitív (kuratív) ellátása felől a hosszan tartó, folyamatos gondozást igénylő, krónikus, nem fertőző degeneratív betegségek ellátása felé (Bíró és mtsai, 2011a).

Elkezdődött a versenyfutás az orvostudomány által már megoldható, de gazdaságilag korlátokba ütköző egészségügyi ellátások között.

3. Az egészségügyi ellátórendszerben a tájékozott, ismeretekkel rendelkező beteg megjelenése tovább növelte a keresleti potenciált (Barr, 2009c).

4. Mindezek mellett az egészség holisztikus értelmezésének elterjedése miatt a korábbinál több társadalmi probléma helyeződött át az egészségügyi ellátás területére.

5. A keresleti potenciál növekedésével párhuzamosan jelentős változások figyelhetők meg a kínálati oldalon is. Az orvostechnológiai szektor ugrásszerű fejlődést mutatott, ami leginkább a diagnosztika és a gyógyszeripar területén érezteti a hatását. A termék innovációk életre hívásának kedvező gazdasági környezet eredményeként új gyógyszerek, diagnosztikumok és diagnosztikai eljárások fejlődtek ki, ami jelentős költségnyomást gyakorol az egészségügyi ellátórendszerre (Prentice, 2007). Az új technológiák segítségével kibővültek a kezelési lehetőségek, de ezáltal aránytalanul növekedtek a költségek is az orvosilag és a gazdaságilag lehetséges ellátások ollójának kinyílásához vezetve.

6. Az orvosi eljárások körének bővülése a hagyományos orvosi etikai megfontolások, valamint a defenzív etika oltárán további jelentős igénybevételt generál.

Mindezek mellett az Európai Unió csatlakozással elindult a munkaerőpiac liberalizációja. Feltételezhetjük hazánk esetében, hogy elsősorban a fiatal, szakképzett munkaerő találhatja meg számítását Európa számos országában a jobb keresetlehetőségek miatt. Azonban fontos az egészségügy szempontjából felhívni arra a figyelmet, hogy míg ezek a munkavállalók elszenvednek majd bizonyos fokú veszteséget idős korukban a nyugdíjuk terén, addig egészségbiztosítási jogaik nem szenvednek csorbát. S mivel a fő korlát a külföldi munkavállalás esetén a nyelvtudás lehet, így valószínűsíthető, hogy ez a folyamat erősödni fog. Arról már nem is beszélve, hogy mindez hogyan érinti a hazai felsőoktatás során legdrágábban kiképzett orvosainkat. Ugyanakkor a külföldiek hazánkban történő munkavállalása során is adódik probléma, melynek az egészségügyet is érintő kihatásai vannak, mivel elsősorban a kínai, vietnámi állampolgárok - bár alkalmazottként dolgoznak hazánkban - a munkavállalási engedély megszerzésének nehézségei miatt külföldi befektetőként regisztráltatják magukat. S mivel ezen dolgozók egy része a feketepiacon tevékenykedik, így tb-járulékot sem fizetnek (Mihályi, 2008e).

Látható, hogy a 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 társadalmi igazságosság egyidejű biztosítása által. Azonban a jóléti intézkedések hasznosságának megítélése több szempontból is kétséges az egészségügyben. Egyrészt nehéz mérni az egészségi állapotot, másrészt nehéz megítélni, hogy az ellátás következménye-e az egészségi állapot javulása. Történtek kísérletek a költséghatékonyság mérésére az egészségügyben is, melyből kiemelendő az életminőséggel korrigált életnyereség (QALY) alkalmazása a hasznok (outcome) meghatározásához. Itt kell megemlíteni a technológiaelemzés – forrás elosztás célszerűségének vizsgálata az egyes ellátási formák között (egészségmegőrzés, megelőzés, gyógyítás, rehabilitáció)- és az evidence based medicine – tudományos alaposságú rendszeres megfigyelésen alapuló orvoslás – fontosságát is. Nehézséget okoz, hogy nem értelmezhető az egészségügyben a gazdasági totálkár fogalma, ami azt jelenti, hogy az egyénnek betegség esetén az egészségi állapotának helyreállításakor nincs felső határa a kiadásoknak (Mihályi, 2003c). 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 c, d), további vizsgálatainkat a hatékonyság kérdéskörére korlátozzuk.

6.2. A piaci koordináció hatékonysági feltételeinek (nem) teljesülése az egészségügyben

Az egészségügyi ellátó rendszerek elemzésekor alapvető kérdés, hogy az egészségügyi piac esetében teljesülnek-e a piaci koordináció hatékonyságát biztosító feltételek, azaz fennáll-e a tökéletes verseny, a teljes piac, a piaci kudarcok hiánya és a tökéletes informáltság feltétele, ugyanis valamely feltétel teljesülésének hiányában szükség lehet a piactól idegen szabályozók (pl. állami beavatkozás) érvényesítésére a piac hatékony működésének helyreállításához.

Az egészségügy viszonylatában is szükséges értelmezni a gazdasági hatékonyság fogalmát. A gazdasági hatékonyság más néven allokációs hatékonyság a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások legoptimálisabb felhasználását jelenti adott fogyasztói ízlés mellett (Barr, 2009e). Az allokációs hatékonyság egyensúlyi állapota a Pareto-

egyensúly, vagyis az az állapot, melyben az erőforrások szétosztásának változtatásával egyetlen személy sem hozható jobb helyzetbe anélkül, hogy valaki más a korábbi helyzeténél rosszabb helyzetbe ne kerüljön. Ahogy azt már a bevezetésben említettem, az allokáció alapvetően kétféleképpen valósulhat meg - bürokratikus és piaci koordináció intézményén keresztül. A piac azonban csak bizonyos feltételek teljesülése (tökéletes verseny, piac teljessége, piaci kudarcok hiánya és tökéletes informáltság), esetén képes a hatékony koordinációra. A modern vegyesgazdaságban a piaci allokáció elégtelensége esetén van létjogosultsága az állami beavatkozásnak, melynek eszköze lehet a szabályozási és finanszírozási eszközök alkalmazása, a köztermelés, valamint a jövedelem transzferek biztosítása (Barr, 2009e).

Az egészségügyben az allokációs hatékonyság az egészségügyi beavatkozások mennyiségi és minőségi összetételének optimalizálását jelenti a társadalom egészségi állapotának maximalizálása céljából. A tisztán piaci alapokon nyugvó allokációs hatékonyság megvalósulásához az allokációs hatékonyság standard feltételeinek az egészségügyben is érvényesülniük kell. Az alábbiakban ezeket vizsgálom meg.

6.2.1. 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 a szolgáltatói oligopólium által korlátozott verseny jelenléte és a külső gazdasági externáliák érvényesülése (Mihályi, 2003d). Másfelől az egészségügyi rendszer inputjainak piaca (munkaerő, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, stb.) a hozzáférési illetve kilépési korlátok jelenléte miatt szintén nem tisztán versenyen alapuló piac (Nagy, 2005). Az egészségügyi ellátás nyújtása szempontjából a kulcsfontosságú szereplőket, az orvosokat tekintve például megfigyelhető, hogy napjainkban nem a fogyasztói piacokon, azaz a páciensek igényeinek kielégítéséért szállnak kizárólag ringbe, hanem a szakmai körökben való megfelelés válik egyre fontosabbá. Ez az általuk fogyasztásra felkínált szolgáltatások szerkezetét torzíthatja (pl. szélesebb körű szakmai elismerés övezi az új, gyakran költségesebb eljárások végzését) (Barr, 2009f). Emellett fontos, hogy az orvosoknak általában nem kell az általuk ajánlott eljárások költségeivel szembesülniük, hozzájárulva ahhoz, hogy az egészségügyi ellátás nyújtása és

igénybevétele során megjelenik a harmadik fizető fél problémája, indokolatlan fogyasztást generálva (Mihályi, 2003e). Meg kell továbbá említeni, hogy mivel az egészségügy meritokratikus jószág (még hozzá olyan, ahol a fogyasztásból nem zárható ki senki), az állam pusztán politikai, kulturális értékek érvényesítése miatt is hajlamos a gazdasági hatékonyság figyelembe vétele nélkül beavatkozni. Ezek a hatások az egészségügyi szolgáltatások túlkínálatához és a szolgáltatások kínálati összetételének torzításához vezethetnek.

6.2.2. Tökéletes információk feltételének sérülése az egészségügyben

Az információs problémák sokrétűek (Orosz, 2001). Sérül továbbá a tökéletes információk paradigmája is az egészségügyben, mivel az információk bonyolultak, összetettek, ezért rendelkezésre állásuk esetén is információfeldolgozási probléma jelentkezhet, azaz a szükséges információ annak rendelkezésre állása esetén sem feltétlenül hasznosítható.

A tökéletes információ az egészségügyben a páciens tökéletes informáltságát jelenti. A hibás döntés költsége magasabb, mint számos más árucikk esetén. Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor gyakran nincs lehetőség az információk teljes körű összegyűjtésére, és az érzelmek általában jelentősen befolyásolják a pácienseket. A páciensek nem rendelkeznek az árakra vonatkozó információkkal. A racionális döntések meghozatalához a páciensnek egyidejűleg kell információkkal rendelkeznie a termékek (az egészségügyi szolgáltatás) minőségét és árát illetően. Ezek a feltételek azonban gyakran nem állnak fenn. Ugyanakkor a legnagyobb gondosság elvének betartásakor, amennyiben az orvos döntéseikor kizárólag a beteg érdekeit tartja szem előtt, akkor az információs asszimetriának nincs negatív kihatása. Megjegyzendő továbbá, hogy az információs asszimmetria a normális piacok mindegyikét jellemzi mindamellett, hogy a szolgáltatások igénybevevői megbíznak a szolgáltatásokat nyújtókban. (Mihályi, 2003f).

A fenti megfontolásokból adódik, hogy a hatékony egészségügy igényli a külső beavatkozást, azaz az egészségügy szükségszerűen irányított piac.

6.2.3. 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 eltitkolja tényleges egészségi állapotát, ezáltal az ő biztosításából fakadó tényleges kockázatot a biztosító alábecsüli. Harmadrészt felmerül az erkölcsi kockázat kérdése is, mely abból fakad, hogy a biztosított befolyásolni tudja az egészségügyi ellátás iránti igényét és a kezelés költségét. Erkölcsi kockázatként jelenik meg továbbá a harmadik fizető fél problémája is. Mivel a szolgáltatások nem járnak közvetlen költséggel sem a szolgáltatást nyújtó orvos, sem a biztosítói háttérrel rendelkező beteg szempontjából, ezért sokkal több szolgáltatás iránt keletkezik kereslet, mintha bármely félnek közvetlenül az igénybevételkor kellene viselnie a kezelés költségeit (Barr, 2009d). Az egészségügyi ellátás keresleti oldalán tehát zéró egyéni költség mellett jelentős társadalmi költség keletkezik, közvetlenül az ellátás pillanatában, s ez valamennyi elérhető ellátás igénybevételére ösztönöz.

A biztosítási piac hatékony működésének egyik alapja a jövőre vonatkozó tudás rendelkezésre állása. Ez nyilvánvalóan nem állhat rendelkezésre az egészség viszonylatában, hiszen az egyén nem tudhatja, hogy mennyi egészségügyi szolgáltatásra lesz szüksége az élete során. Kérdéses, hogy a tisztán piaci alapon szerveződő magánbiztosítás képes-e teljes mértékben kezelni az ebből fakadó bizonytalanságot.

6.2.4. Piaci kudarc: externáliák jelenléte

A piaci kudarcok magyarázataként több dolog is felvethető, úgy, mint az, hogy az egészségügyi szolgáltatásoknak egy része közjóság, korlátozott a verseny, azaz szolgáltatói oligopólium jellemzi a piacot, az egészségügyi szolgáltatások heterogének vagy az, hogy jelentősen érvényesülnek a külső gazdasági externáliák (Mihályi, 2003d). Az egészségügy meritokratikus jóság, mivel ugyan megvalósítható lenne a fogyasztók kizárása a fogyasztásból, de az állam megítélése szerint tiszta piaci feltételek között ezen javak iránti kereslet a kívánatosnál kisebb lenne. Így az egészségügy, mint meritokratikus jóság esetében az állami beavatkozás nem a hatékonyság növelése,

hanem politikai, kulturális értékek érvényesítése miatt történik. Hiszen a társadalom egészének érdeke fűződik ahhoz, hogy egészségesebb legyen, mivel ezzel nő a termelékenység, azáltal pedig emelkedik a társadalmi jólét. Szabó Katalin megfogalmazása szerint fizikailag ugyan magánjavak a meritokratikus javak, de az állam korlátozza a fogyasztó szuverenitását és felülbírálja a fogyasztói döntéseket (Bara és Szabó, 2006f). Mivel az egyén hoz olyan egyéni döntéseket is, amelyek nem a hasznosságát maximalizálják, így az állam „kénytelen” kivenni a fogyasztó kezéből a döntést. Az egyéni döntések esetében gondoljunk csak az életmód kapcsán arra, hogy a fogyasztónak káros szenvedélyei vannak: dohányzik, alkoholt fogyaszt, pedig köztudottan erős kockázati tényezőt vállal ezzel a korai halálozást okozó szív-érrendszeri vagy daganatos megbetegedésekre vonatkozóan. Az egészségügy tipikus meritokratikus jószág, mivel ha az állam magára hagyná a fogyasztót a döntéseivel, nagy a valószínűsége annak, hogy az egyének kevesebb egészségügyi szolgáltatást vennének igénybe, mint amennyire valójában szükségük lenne. A fogyasztói szuverenitás megnyirbálásának egyik fontos érve továbbá az is, hogy ezek az egyén hasznosságát kerülő magatartásformák erős externális hatással vannak a többi fogyasztóra. Egyrészt a dohányzás, mint negatív magatartási példa áll a fiatalabb generációk előtt, másrészt kimutatott egészségkárosító hatással rendelkezik a többi fogyasztóra nézve, így a társadalom egészére vonatkoztatva is negatív hatással bír.

Az egészségügy viszonylatában egyfelől jelen van az úgynevezett törődési externália, amikor az egészségügyi szolgáltatást nyújtó hasznosságérzetét kell, hogy az egészségügyi szolgáltatások mennyisége kiszolgálja. Másfelől megjelenik a technológiai externália - amikor egy adott technológia egyéni igénybevétele jelentős társadalmi hasznot generál (pl. a védőoltások).

További fontos kérdéseket vet fel az orvostudomány korlátaiból adódó számos probléma. A megbetegedés utáni állapotra jellemző utólagos erkölcsi kockázatok, mint az orvosi bizonytalanság, az indokolatlan kiadások, a gyógyítás szabadsága (fenntartva a jogot a tévedés szabadságára, valamint a megszokott ellátási módok alkalmazására), a beteg bizalmatlanságából eredő „doctor shopping” jelensége, valamint a beteg rossz együttműködési készsége mind arra ösztökéli a beteget és orvosát, hogy az ellátás költségeit figyelmen kívül hagyja (harmadik fél fizető problémája) (Mihályi, 2003e).

Mindezeket tudomásul véve is figyelemre méltó, ahogy Mihályi Péter a 2003-as kiadású könyvében rávilágít arra, hogy „Közelebb járunk az igazsághoz, ha azt mondjuk, hogy az egészségügy szereplői is piaci szereplők, mindennapi viselkedésüket keresztül-kasul áthatják a piac logikája kínálta viselkedési formák. És érvényesül a verseny is: versenyben állnak egymással a gyógyító intézmények, versenyeznek egymással az orvosok és – az orvosi egyetem kapujában - a jövődõ orvosok is.”(Mihályi, 2003g).

A világ és az azt meghatározó gazdasági rendszerek fejlődése során jogosan felvetõdik, hogy mennyire lehet igazságos és hatékony az egészségügy? A tisztán piaci alapon mûködõ, az államot elõtérbe helyezõ vagy a kevert rendszer mûködhet jól az egészségügyben? Ezek és hasonló kérdések merülnek fel az egészség közgazdaságtanban az egészségügyi piacok vizsgálata során. Megvizsgáljuk az USA és Nagy-Britannia egészségügyi rendszereit. Választásunk azért esett erre a két rendszerre, mert a hasonló gazdasági fejlődés ellenére jelentõs különbségek mutatkoznak a természetbeni juttatások mikéntjében. A továbbiakban tehát arra keressük a választ, hogy az iparosodás korától eredeztethetõ egészségügyi rendszerek hogyan alkalmazkodtak a piaci allokációs mechanizmusok elégtelenségéhez. Az egészségügyi rendszerek összehasonlító elemzése során megvizsgáljuk a piaci allokáció és az állami beavatkozás szerepét a két piaci vegyesgazdaság talaján kialakult brit és amerikai rendszer esetén.

6.3. A nagy-britanniai és amerikai egészségügyi ellátórendszer összehasonlítása

A korai iparosodás útját járó országokban, így az Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában korán kialakult a liberális magángazdasági szereplõk által meghatározott parlamentáris politikai rendszer. A piac által vezérelt gazdaság a vegyesgazdasági rendszerek azon formája, melyben az állam gazdaságirányításban betöltött szerepe minimális, a piac tölti be a meghatározó szabályozó szerepet. Az állam nem avatkozik be sem a mikroökonómiai folyamatokba, sem a vállalatok tevékenységébe, sem a piaci koordinációba. Az erõforrások piaci allokációjában a tőkepiacok, részvénytőkepiacok és a tőzsde játszanak kulcsszerepet. A vállalatok tőke alapon szervezõdnek, a vállalat a tőketulajdonosoké, õk részesülnek a jövedelembõl és õk viselik a kockázatokat is. A

növekvő skáláhozadék maximalizálásához szükséges tőkekoncentráció elérése érdekében megjelenik az osztott tőketulajdon, azaz a részvénytulajdon, és ennek jogi kerete a korlátolt felelősség intézménye. A folyamat eredményeként a vállalati tulajdon átruházhatóvá válik, s a tulajdonos függetlenedik a vállalattól és kialakul a részvénytulajdon. A tulajdonosi ellenőrzés csökken, teret adva a tulajdonosi struktúrától elkülönülő operatív vezetőség (menedzsment) megjelenésének. A vállalatok részvénytulajdonosi megítélését jelentősen befolyásolja a spekulánsok különböző mutatókra alapozott rövidtávú várakozása (Bara és Szabó, 2006b). A piaci folyamatok természetes evolúciójának végterméke a monopóliumok létrejötte, ugyanez a monopóliumok ágazatoknak kiszolgáltatott vásárlók érdeke életre hívja a törzstulajdonos törvényeket és a fogyasztóvédelmet. A másik jelentős állami beavatkozási terület a munkaadók és munkavállalók közötti viszony szabályozásában jelenik meg. A munkavállalók védelmében az állami szabályozás kiterjed a munkavédelemre, a törvényes munkaidőre, a minimálbér kérdéseire valamint a diszkrimináció tilalmára. A piac normális működésének biztosítása érdekében a pénzügyi rendszer szabályozása is szükségessé vált a pénzpiacra az információs aszimmetria miatt kiszolgáltatott megbízó védelmében (megbízó-ügynök dilemma).

A piacorientált rendszerek sajátja a tőkepiac alapú modell, melyre jellemző a fejlett részvény- és kötvénypiac, a részvénytulajdonosi mérete jóval meghaladja a bankszektor méretét (Ritter és mtsai, 2008). A tőke szempontjából a banki hitelek csak a kis- és középvállalatok finanszírozására szolgálnak. A beruházásokat kötvények és részvények kibocsátásából és nem a banki hitelekből fedezik, ez utóbbi csak a rövid távú hitelezést szolgálja. A központi bank csak a makrogazdasági folyamatokba avatkozik be a kibocsátott pénzmennyiség, a kamatlábak stb. meghatározása révén, s nem képes a tőkeallokációs folyamatok befolyásolására. Ebben a modellben alapvetően a vállalati szintű döntések formálják a rendszert, és a rendszerben ilyen formán kialakuló változások előnyeit és hátrányait a piac osztja el.

6.3.1. Az egészségügyi rendszerek kialakulásának rövid összefoglalása

A brit egészségügyi rendszer alapjait a Beveridge bizottság ajánlásai alapozták meg, mely szerint egyrészt az egészségügy természetbeni juttatásának kiemelését szorgalmazták a társadalombiztosítási rendszerből, másrészt a javaslat megfogalmazta,

hogy adókból kell fedezni az egészségügyi kiadásokat, harmadrészt minden állampolgárra ki kell terjeszteni az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, negyedrészt pedig határozottan állást foglalt amellett, hogy állami tulajdonba kell kerülnie a fekvőbeteg ellátást biztosító infrastruktúrának. Így az NHS (National Health Service) rendszer fennállásának kezdetétől elmondható, hogy szinte teljesen a kormányzati szektor által finanszírozott. Kiemelendő történelmileg, hogy 1951-től bevezetésre került a receptdíj és a co-payment fizetése a fogászati, továbbá a szemészeti ellátások vonatkozásában, valamint, hogy 1997-től a házi orvosok által irányított alapellátást nyújtó csoportpraxisok (alapellátási szervezetek) alakultak meg alapkezelői funkciókkal és finanszírozással.

Az Amerikai Egyesült Államokra az 1960-as éveket megelőzően az egyéni egészségbiztosítás által finanszírozott magánellátás volt a jellemző, azonban a társadalmilag jelentkező problémákra való válaszként létrehozták a Medicaid és a Medicare rendszerét a szegények és az idős emberek egészségügyi ellátásának biztosítása céljából. Így a szegények és az idősek továbbra is magánellátást kapnak az egészségügyi szolgáltatások igénybevételekor, de költségeik döntő részét már a szövetségi/tagállami alapok biztosítják. A tengerentúlon az 1980-as évektől kezdve egyre inkább előtérbe kerültek az ex ante finanszírozási koncepciójú, a biztosítást és a szolgáltatást összekapcsoló „menedzselt”, irányított-ellenőrzött egészségügyi modellek (Health Maintenance Organisation, Preferred Provider Organisation) (Barr, 2009g). Megemlítenéd, hogy Clinton elnök első megválasztásakor be kívánta vezetni az egészségügyi ellátásra való egyetemes jogosultságot, azonban olyan mértékű ellenállásba ütközött a kongresszusban, hogy terve nem csak hogy megbukott, de második elnöksége alatt már napirendre sem került (Kornai és Eggleston, 2004a).

6.3.2. Összehasonlító vizsgálat

Ahogy azt korábban bemutattuk, az egészségügyi piac sajátosságaiból adódóan a tisztán piaci koordináció elégtelensége szükségszerűen jelentkezik. 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 (3. sz. táblázat).

A brit egészségügyi ellátórendszer 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, 2003h). Az Amerikai Egyesült Államokban a reformmal elindult egymással párhuzamosan az állami és piaci alapokon szerveződő egészségügyi ellátás kialakulása, azonban még mindig döntően egy fragmentált, decentralizált, jellemzően magánfinanszírozott rendszer dominál (4. sz. táblázat, 5. sz. táblázat).

	USA		Nagy-Britannia
	USA-magán	USA-állami	
allokáció típusa	magántermelés tiszta esete	1960-tól állami finanszírozás esete (Medicare, Medicaid)	közösségi termelés tiszta esete (kivéve ágyhasználati díj, inputok)
termelés	magán	magán	közösségi
finanszírozás	munkáltatói vagy egyéni biztosítás	adó- és egyéb bevételek	adóbevételek
erőforrás	magántulajdon	állami és szövetségi szektor	kormányzati szektor általi tulajdonlás és/vagy ellenőrzés

3. sz. táblázat: Az USA és Nagy-Britannia egészségügyi ellátórendszereinek áttekintő összehasonlítása (Bíró és mtsai, 2011b).

Két nagy 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	igénybevételekor: Magánbiztosítás - co-payment Medicare – co-payment Medicaid – 150% alatt ingyenes, 150% felett co-payment (max. 20%)	igénybevételekor ingyenes ellátás - alapellátás ingyenes - szakellátás ingyenes - sürgősségi ellátás ingyenes - gyógyszerellátás során a jogosultak 85%-nak 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

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

<i>fogyasztói oldal megközelítésében</i>		<i>szolgáltatói oldal megközelítésében</i>		<i>finanszírozói oldal megközelítésében</i>	
USA	Nagy-Britannia	USA	Nagy-Britannia	USA	Nagy-Britannia
nincs várólista	várólisták hosszúak	verseny a szolgáltatók között	"kvázipiaci" verseny	nyíltvégű, költségvetési finanszírozás	globális költségvetési plafon
jó infrastruktúra	előregedett infrastruktúra a kórházi szektorban	jó infrastruktúra	előregedett infrastruktúra a kórházi szektorban	a közfinanszírozásban jelen levő kettős finanszírozás (tagállami és szövetségi) kiadásösztönző hatású	költségvetési kiadások egységes parlamenti ellenőrzése
részletes információk a kezelések költségeire vonatkozóan (tételes elszámolás)	hiányosak a kezelések költségeire és hasznaira vonatkozó információk	részletes információk a kezelések költségeire vonatkozóan (tételes elszámolás)	hiányosak a kezelések költségeire és hasznaira vonatkozó információk	jelentős a harmadik fizető fél problémája a Medicaid esetén	kevésbé jelentős a harmadik fizető fél problémája
felhasználás során nem ingyenes ellátás	felhasználás során ingyenes ellátás	egyértelmű szakmai ajánlások, prioritások	a kedvezményezettek csoportjaira illetve a kezelések típusaira vonatkozó prioritások hiánya	nem jelenik meg a biztosítási piacok problémája	biztosítási piacok problémája megjelenik
hálapénz mentes	hálapénz mentes	ösztönzők a túlkínálatra	nincs ösztönző a túlkínálatra	decentralizált	centralizált
sokan kiszorulnak a biztosításból	általános egészségbiztosítás	méltánytalanságok a rendszerben	jövedelemarányos - ebből adódóan méltányos	magas adminisztratív költség	OECD átlagnál alacsonyabb adminisztratív költség
hozzáférés csak a biztosítottak számára	hozzáférés mindenki számára biztosított	üzemgazdaságossági szempontok	kapuőr - háziorvos által szabályozott igénybevétele	fragmentált prioritások	átfogó prioritások mentén cselekvés
szolgáltató szabad megválasztása	szolgáltató megválasztása korlátozott	magas a szolgáltatások költsége	alul finanszírozott	kiugróan magas a GDP arányos egészségügyi kiadás	áralkuk

5. sz. táblázat: Az USA és Nagy-Britannia egészségügyi ellátórendszereinek összehasonlítása fogyasztó/szolgáltató/finanszírozó oldal szerinti megközelítésben (Bíró és mtsai, 2011b).

Egészségügyi szolgáltatások előállítása

Nagy-Britannia

Míg Nagy-Britanniában az egészségügyi ellátás minden aspektusát tekintve jellemző a közösségi termelés (ez 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.

A brit NHS keretén belül nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra jellemző a köztulajdonban álló infrastruktúra, valamint a közfinanszírozott fejkvóta alapú alapellátás. Az alapellátás körébe tartozik a háziorvosi, fogorvosi, szemészeti ellátások köre, valamint a gyógyszerészeti ellátás. Az alapellátás megszervezését a döntően területi alapon szerveződő, az ellátott népesség szocio-demográfiai sajátosságai alapján kormányzatilag meghatározott korrigált fejkvóta alapján finanszírozott alapellátási szervezetek végzik. Ezek feladata egyfelől az alapellátók finanszírozása, az adott ellátotti kör gyógyszereléséhez nyújtott ártámogatás biztosítása, valamint szakellátás (ideértve a kórházi elektív ellátást), közösségi és otthoni ellátások vásárlása a biztosított kör számára. Ebben a rendszerben a háziorvos biztosítja az egyszerűbb és a krónikus betegségek ellátását, kapuőrként szabályozza a betegek járó- illetve fekvőbeteg szakellátó intézménybe való utalását. Emellett jelentős prevenció feladatokat is ellát (védőoltások, családtervezési tanácsadás, méhnyakrák-szűrés). Megjegyzendő, hogy bár létezik az NHS mellett önkéntes biztosítással finanszírozott magán egészségügyi rendszer is Nagy-Britanniában, de ennek jelentősége igen csekély (Barr, 2009g).

Egyesült Államok

Az Amerikai Egyesült Államokban az infrastruktúra főleg magántulajdonban van, az akut kórházi ágyak csak két százaléka van állami tulajdonban (NAPH, 2008). Két, egymással párhuzamosan fennálló rendszert különíthetünk el, a magán és az állami (Medicare, Medicaid) rendszert. A magánfinanszírozott rendszerben a biztosító az egyéni, illetve munkáltatói befizetésekből, míg az 1960-as évektől egyre nagyobb teret

hódító Medicaid és a Medicare programok alapvetően szövetségi-tagállami befizetésekből vásárolják meg a szolgáltatásokat magán egészségügyi ellátóktól.

A Medicaid program több mint 48 millió szegény gyerek és szülei egészségügyi ellátását fedezi. A Medicaid a gyermekek számára nyújtott finanszírozás legfőbb forrása az Egyesült Államokban, emellett körülbelül 8,8 millió 65 évnél fiatalabb tartósan rokkant beteg ellátását fedezi, valamint a terhes nők egészségügyi ellátásának legjelentősebb forrása (kb. 10-ből 4 szülés költségét a Medicaid finanszírozza). Ezek azok a populációk, amelyek a magánbiztosítási ellátásokat anyagi helyzetükből, vagy egészségi állapotukból kifolyólag nem vehetik igénybe. Ezekon túlmenően 8 millió Medicare tag szociális helyzetéből kifolyólag a Medicaid program juttatásainak igénybevételére is jogosult (Medicaid: A primer, 2010).

Fontos megjegyezni, hogy a Medicaid programba alanyi jogon lehet bekerülni, azaz amennyiben valaki megfelel az adott tagállam Medicaid jogosultsági kritériumainak, akkor a programba való felvételét nem lehet korlátozni és nem is tehető várólistára (Medicaid: A primer, 2010).

A Medicaid a szövetségi finanszírozásra való jogosultság érdekében az egészségügyi ellátások széles körét köteles finanszírozni, ezek a(z)

- orvosi vizsgálat,
- járó- és fekvőbeteg szakellátás,
- laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok,
- 21 éves kor alatt szűrővizsgálatok,
- családtervezési tanácsadás és ellátásvédőnői szolgálat,
- bábáság,
- ápolási otthonban történő ellátás 21 éves kor felett,
- házi betegápolás az ápolási otthoni ellátásra jogosultak számára,
- krónikus betegápolás,
- betegszállítás.

Emellett sok tagállam Medicaid rendszere opcionálisan további ellátásokat is finanszíroz:

- vényköteles gyógyszerek,
- fogorvosi ellátások,

- protetikai készülékek, szemüvegek,
- rehabilitáció,
- hospice ellátás.

A Medicare program közel 47 millió idős és rokkant amerikai ellátásáért felel. A Medicare egy szociális egészségbiztosítási program, ami a jogosultságot megszerző egyének számára meghatározott egészségügyi ellátások költségeit fedezi, az egyén anyagi helyzetétől és egészségi állapotától függetlenül. A kedvezményezett aktív dolgozóként még 65 éves kora előtt elkezd biztosítási díjat fizetni a Medicare számára, majd a 65 éves kor elérését követően, vagy 65 éves kor alatt tartós rokkantság kialakulása esetén válik jogosulttá. A 2010-ben nyilvántartott 47 millió jogosult közül 39 millió idősebb 65 évnél és 8 millió a 65 évnél fiatalabb tartósan rokkantak száma. A Medicare által ellátott populáció tipikusan szegényebb (a létminimum kétszerese alatt él), közel fele legalább 3-nál több krónikus megbetegedésben szenved, s mintegy egyharmadának valamilyen pszichiátriai megbetegedése is van. A Medicare program az egészségügyi ellátások széles körét fedezi, ezek a(z):

- akut fekvőbeteg szakellátás,
- rövidtávú utógondozás ápolási otthonban,
- az akut ellátás utáni otthonápolás,
- hospice ellátás (Medicaid: A primer, 2010; Medicare chartbook, 2010).

Ezek igénybevételekor a betegek egy előre meghatározott maximumig az ellátások teljes költségét fizetik (kötelező önrész), ezen küszöb elérése után pedig co-paymentet fizetnek. A Medicare fedezi továbbá az orvosi vizitek, a járóbeteg szakellátás, a preventív szolgáltatások, a laboratóriumi és képalkotói eljárások költségeinek egy részét is. Ezeket a Medicare tagok a havi biztosítási díj megfizetésén túl, az igénybevételkor fizetett kötelező önrész és co-payment mellett vehetik igénybe. Hasonlóképp többletszolgáltatások igénybevételére is kiterjeszhető a Medicare program további befizetések mellett. Emellett a gyógyszerköltségek is fedezhetők a Medicare program terhére, amennyiben a jogosultak havi biztosítási díjat, az igénybevételkor pedig kötelező önrészt és co-paymentet fizetnek (Medicaid: A primer, 2010; Medicare chartbook, 2010).

A Medicare ellátáson belül általában megfelelő az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, jellemző, hogy a magánszolgáltatók 96%-a hajlandó a Medicare program betegeit fogadni a program által szabott térítési díjakon.

Meg kell jegyezni, hogy a Medicare által ellátott populáció 8%-a jogosult Medicaid ellátásra is. Ez a populáció különösen nagy terhet ró a rendszerre, ugyanis ezeknek a kettős jogosultsággal rendelkező egyéneknek jellemzően rosszabb az egészségi állapota:

- 51%-uk egészségi állapota rossz, szemben az általános Medicare populációval, ahol ez az arány 23%,
- 38%-a rokkant, szemben a Medicare populációban található 10%-os aránnyal,
- 61%-nak van valamilyen pszichiátriai megbetegedése, ez 27% az általános Medicare ellátottak körében,
- jelentős hányada él krónikus egészségügyi ellátást biztosító létesítményben.

Ebből adódik, hogy a kettős jogosultsággal rendelkező populáció jelentős terhet ró mind a Medicare, mind a Medicaid programra. A Medicare program összkiadásainak 36%-át, a Medicaid programnak pedig mintegy 40%-át tette ki ennek a populációnak az egészségügyi ellátása (a kiadások jelentős hányadát a krónikus ellátások finanszírozása adta) (Medicaid: A primer, 2010; Medicare chartbook, 2010).

Fogyasztói oldal jellemzői

Nagy-Britannia

A brit egészségügy alapvető jellegzetessége, hogy a szolgáltatások igénybevétele ingyenes az ellátás igénybevételekor. Minden nagy-britanniai lakos ingyenesen regisztrálhat az általa preferált háziornosnál, majd a későbbiekben szabadon átjelentkezhet bármely más körzetbe. A háziorvosi vizit, továbbá az otthonápolás térítésmentes. Bár elvileg a háziorvos által felírt gyógyszerekért és a recept felírásáért térítési díjat kell fizetni, de a receptfelírások mintegy 85%-a ingyenes (térítésmentesen juthatnak gyógyszerhez pl. az idősek, gyerekek, kismamák). A háziorvosi beutalással igénybevett járó- és fekvőbeteg szolgáltatások is ingyenesek. Sürgősség esetén az alapellátás megkerülésével, egyből a magasabb progresszivitási szinten levő

szakellátásban kaphat térítésmentes ellátást a beteg. Összegezve elmondható, hogy a brit egészségügyi rendszerben az ellátás határkölsége az igénybevétel pillanatában zérus, ez magában hordozza a túlkereslet kialakulását, melyet ebben a rendszerben az egészségügyi fogyasztási döntések meghozatalában jelentős szerepet játszó házi orvosok fognak vissza (Barr, 2009g).

Egyesült Államok

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. Ez alapvetően befolyásolhatja az igénybevétel gyakoriságát. Az állami rendszerekben a Medicare programban is megjelenik az egyéni hozzájárulás a szolgáltatás igénybevételekor, a kedvezményezettek a teljes egészségügyi kiadások mintegy 25%-át saját maguk fizetik (Medicare chartbook, 2010). Ezzel szemben a Medicaid program jogosultjai a nemzeti szegénységi küszöb 150%-a alatti jövedelem esetén semmilyen hozzájárulást nem fizetnek, ezen jövedelemhatár felett pedig az ellátási díj 20%-ában van maximálva a co-payment mértéke (Medicaid: A primer, 2010).

Finanszírozás

Nagy-Britannia

Nagy-Britanniában 1997-ben vezették be az alapellátási körzeteket, amelyek finanszírozásában a népesség száma és korösszetétele szerint allokált alapok megállapításában súlyoznak a ki nem elégített szükségletek, a keresleti eltérések szerint is. A finanszírozási alapok megállapításának a kiindulópontja az adott populáció mérhető jellemzői, úgy, mint korfa, nemek megoszlása, társadalmi- és gazdasági indikátorok, valamint az egészségi állapot. A házi orvosi praxisok (praxisközösségek) az

NHS-sel kötnek szerződést, amelynek során díjazásuk igen összetett. Egyrészt meghatározott finanszírozást kapnak minden betegük után, másrészt megtérítik a praxis fenntartási költségeit is, harmadrészt pedig többletfinanszírozásra jogosultak, amennyiben olyan szolgáltatásokat nyújtanak, amit korábban szakellátó helyek magasabb szintjein vettek a betegek igénybe. A kórházakat 1997 óta a házi orvosok által létrehozott praxisközösségi szervezetek finanszírozzák. A kórházi orvosok fizetést kapnak, valamint ezt összekapcsolhatják a magánpraxisban végzett tevékenységükkel (ágyhasználati díj). Az úgynevezett konzultáló orvosok rész- vagy teljes időben nyújtják egészségügyi ellátási szolgáltatásaikat szerződéses munkaviszony keretében (Barr, 2009g).

Egyesült Államok

Ahogy az már a korábbiakból is látható az Egyesült Államokban nem beszélhetünk egységes alapokon nyugvó egészségügyi ellátórendszerről sem a szolgáltató sem a finanszírozó szempontjából. A különböző egészségügyi szolgáltatások finanszírozására többféle allokációs mechanizmus terjedt el, mind az állami, mind a magánbiztosítók körében. Egymással párhuzamosan vannak jelen a költségtérítési és a különböző irányított betegellátási rendszerű finanszírozási mechanizmusok (pl. managed care, preferred provider organization). Egy-egy egészségügyi szolgáltató általában párhuzamosan több magánbiztosítóval áll szerződéses jogviszonyban, továbbá üzletpolitikájának megfelelően fogadhatja a Medicaid és Medicare programokon keresztül érkező betegeket is. A Medicaid és Medicare rendszerben a szolgáltatások tételes elszámolás (fee-for-service) alapján, vagy egy irányított betegellátási rendszerbe történő belépéssel ennek biztosítási díjának fizetésével történhetnek. Az előbbi esetben a Medicaid és Medicare rendszeren keresztül érkező betegek után a házi orvos egy kis összegű fejkvótát kap a beteg alapellátásáért, valamint a szakellátás koordinálásáért, majd a szakellátás finanszírozása a teljesítmények és az államilag meghatározott díjtételek alapján történik. Az utóbbi esetben az irányított betegellátási rendszer átveszi a beteg ellátásának teljes pénzügyi kockázatát és a továbbiakban ő felel a beteg egészségi állapotáért (Medicaid: A primer, 2010).

Az egészségügyi szolgáltatók magánkézben vannak, az ellátás során az egyéni üzemgazdaságossági szempontok érvényesítése a meghatározó, így érdekelttségük

értelemszerűen nem terjed ki egy integrált, hosszútávú prevenciós programokon alapuló egészségmegőrző ellátási forma kialakítására. Kivételt képeznek ez alól az irányított betegellátó rendszerek, ahol a finanszírozó tulajdonában levő ellátó struktúra (alkalmazottak és infrastruktúra) a harmadik fizető fél problematikáját internalizálva a biztosítottak teljes jóléti állapotáért felelve érdekeltté válik a prevenciótól a teljes rehabilitációig átívelő ellátás költséghatékony biztosításában.

Az Egyesült Államokban a legmagasabb a magánbiztosítók aránya az egészségbiztosítási piacon, az egészségügyi kiadások 35%-át magánbiztosítók fizetik. A magánbiztosítók kvázi biztosításstatisztikai alapokon határozzák meg a klienseik által fizetendő biztosítási díjat. A leggyakoribb a munkáltatók által fizetett csoportos biztosítási formák (az amerikaiak 59,3%-a rendelkezik a saját, illetve házastársa, szülője munkáltatója által fizetett munkáltatói biztosítással), ezt egészíti ki a munkavállalók által fizetett biztosítási díj, a kötelező önrész, valamint a co-payment. A lakosok kevesebb mint 9%-a egyéni magánbiztosítási ellátásban részesül, mely biztosítási forma esetén szintén megjelenik a biztosítási díj, és a kötelező önrész fizetési kötelezettség, valamint bizonyos ellátási formáknál a co-payment fizetése.

Az államilag támogatott egészségügyi programok esetén a Medicaid programban az egyes tagállamok és a szövetségi kormány által biztosított finanszírozás fedezi az ellátás költségét. A tagállamok részvétele a Medicaid programban ugyan önkéntes, de mind az 50 tagállam finanszíroz a Medicaid programon keresztül egészségügyi szolgáltatásokat az arra jogosultak körében. A jogosultsághoz két kritériumnak kell megfelelni: egyfelől teljesíteni kell a jövedelemre vonatkozó feltételeket, másfelől pedig a meghatározott jogosultsági csoportok (terhes nők, kiskorú, 65 év feletti, rokkant) egyikébe kell tartozni. A Medicaid a létminimum 100%-a alatt élő amerikaiak 45%-ának, a létminimum 101-200% között élők több, mint egy negyedének biztosít egészségügyi ellátást (Medicaid: A primer, 2010).

A Medicaid rendszer finanszírozása kettős: minden egyes Medicaid-re fordított tagállami dollárt a szövetségi kormány minimum egy dollárral kiegészít (a szövetségi kormány hozzájárulása a Medicaid kiadásokhoz 50 és 76% között változik az egyes tagállamokban- átlagosan 66%; 76% a legszegényebb tagállamban, Mississippiben). Ez az automatikus szövetségi egészségügyi hozzájárulás az egyes tagállamok legjelentősebb szövetségi kormányzati bevételi forrása, mintegy 44%-át teszi ki a kormány által nyújtott tagállami támogatásoknak (Medicaid: A primer, 2010). A

szövetségi kormány teljes költségvetésének mintegy 16 %-át fordítja a tagállamok Medicaid programjainak finanszírozására. A szövetségi hozzájárulásokon keresztül a Medicaid program a tagállamok gazdaságában multiplikátor és jelentős gazdaságélénkítő hatással rendelkezik. Ez a kettős finanszírozás ösztönzőleg hat a tagállamok egészségügyi kiadásainak növelésére és gátolja a jogosultak körének szűkítését.

A Medicare rendszer elsősorban a 65 éves kor felett, illetve 65-nél fiatalabb rokkantak számára nyújt jelentős állami támogatással igénybe vehető egészségügyi finanszírozást, ez pl. 2010-ben a szövetségi kormányzati költségvetés mintegy 12%-át tette ki, s az egészségügyi ráfordítások 23%-át fedezte. A Medicare programon keresztül térítik meg a kórházi ápolás ráfordításainak 30%-át, az orvosi vizsgálatok díjának 20%-át. A Medicare program három fő forrásból finanszírozza az ellátások körét, általános árbevételből (43%), személyi jövedelemadó hozzájárulásaiból (37%) és a kedvezményezetttek által befizetett biztosítási díjtételekből (13%). A fennmaradó 7%-ot egyéb hozzájárulások teszik ki (kamatok-4%, társadalombiztosítási juttatások adója-3%, tagállami befizetések- 1%) (Medicaid: A primer, 2010; Medicare chartbook, 2010).

Szabályozás-aggregált ellátási döntések

Nagy-Britannia

A brit egészségügyi ellátórendszer GDP arányos kiadása alatta marad az OECD átlagnak. Ez a szigorú költségvetési kereteken nyugvó prospektív finanszírozás segítségével valósul meg. A döntően adóbevételekből finanszírozott egészségügy költségvetést a pénzügyminiszter és az ágazati miniszter közti alkufolyamat eredményeként alakítják ki, tehát a forrásokat döntően felülről lefelé irányuló allokációs folyamatban osztják el. Az egészségügyi szolgáltatók, azaz a háziiorvosi szervezetek és az ezeket regionális rendszerbe foglaló körzetek tehát egy rögzített éves költségvetési kereten belül gazdálkodhatnak (Barr, 2009g).

Egyesült Államok

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. Tekintettel arra, hogy a Medicaid program az arra jogosultaknak alanyi jogon jár, a jogosultságot megszerzők az ellátásból nem zárhatók ki, és várólistára sem helyezhetők, a Medicaid által finanszírozott egészségügyi ellátások költségei nem tervezhetők. Mindemellett láthattuk, hogy az egyes tagállamoknak igen komoly gazdasági érdekeltsége fűződik a Medicaid rendszerében finanszírozott ellátások spektrumának és költségvetési kereteinek bővítéséhez, ezáltal növelve nem csak a tagállami, de a szövetségi egészségügyi ráfordításokat is (Medicaid: A primer, 2010).

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 reformkísérletei eredményeként megfigyelhető a rendszerek konvergálása, Nagy-Britanniában 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. A reform szükségszerűségét az egészségügyi biztosítás nélküli amerikai állampolgárok számának (mely 1987-ben még 30 millió körül mozgott, s 2010-re már elérte a 49,9 milliót) monoton növekedése adta. A reform keretében az egészségbiztosítással nem rendelkező fiatal (65 éves kor alatti) felnőttek száma előrejelzések szerint 27,8 millióval csökken, így arányuk 18,6%-ról 8,3%-ra esik. Ez a csökkenés minden jövedelemkategóriában megjelenik, legkifejezettebben azonban a létminimum 200%-a alatt élőknel jelentkezik. A jelenleg biztosítással nem rendelkezők 30%-a a Medicaid-re való jogosultság változása révén, 20%-a egy új egészségbiztosítási programon keresztül (health insurance exchange program), további 10% pedig magánbiztosítás segítségével juthat érvényes egészségbiztosításhoz. A maradék 40% továbbra sem lesz biztosított, ők azonban vagy illegális bevándorlók, vagy jogosultak lennének a Medicaid keretében

egészségbiztosításra, azonban személyes döntésük alapján nem kívánják a jogosultságot érvényesíteni.

A reform keretében kiterjesztették a Medicaid-re való jogosultságot a létminimum 133%-a alatt élő felnőttek teljes körére, megszűntek tehát a korábbi jogosultsági kategóriák. Az új piaci alapon működő egészségbiztosítási program (health insurance exchange program) segítségével a kormányzat támogatja az egészségbiztosítási piacon a transzparenciát, az egyes termékek összehasonlíthatóságának megteremtésével. Ezen finanszírozási mechanizmuson keresztül biztosítják továbbá, hogy azok a korábban nem biztosított egyének is kaphassanak akár piaci alapon nyugvó biztosítást akkor is, ha a biztosítás megkötésének idején már van valamilyen betegségük. Mindezekon túl ezen biztosítási forma igénybevételéhez számos adókedvezmény is társul a biztosítottak számára. A reform másik sarkalatos pontja egyéni bírság kiszabása a továbbra sem biztosítottak számára.

A reformoknak természetesen ára van. Számítások szerint az egészségügyi kiadások 4,5%-kal fognak emelkedni, ami döntően az államot terheli (a munkáltatókra háruló kiadások érdemben nem emelkednek, az egyéni hozzájárulások pedig akár mérséklődhetnek is). Ezzel szembe állítható azonban a korábban nem biztosított személyek ellátásának költségeit fedező állami illetve szövetségi programokban keletkező mintegy 61%-os megtakarítás (Buettgens és mtsai, 2010).

6.4. Hatékonyság az egészségügyben

A XXI. század elejére az egészségügy által nyújtható és a betegek, mint fogyasztók részéről elvárt szolgáltatások fenntarthatóságát veszélyeztető mértékű költségrobbanás következett be világszerte.

Az egészségügyi rendszerek hatékonyságának jellemzésére több próbálkozás is történt. A WHO 2000-ben a lakosság egészségi állapotának és ezen keresztül az egészségügyi célok elérésének jellemzésére a rokkantságtól mentes várható életevek (disability adjusted life expectancy) számát javasolta, mivel ez összehasonlítható a várható életevek számával és egyszerűen meghatározható a mortalitási adatokból.

Az egészségügyi rendszerek hatékony működésének megítélése szempontjából másik fontos paraméter az egészségügyi kiadás (és nem az ország bevétele), ugyanis ez

közvetlenül befolyásolja az egészségügyi rendszerek teljesítményét. A WHO szerint ugyanis minden rendszert a rendelkezésre álló erőforrások és nem az elvileg hozzáférhető, gyakorlatilag azonban másra fordított források tükrében kell megítélni. Az egészségügyi rendszerek teljesítményét gyakran az inputok oldaláról közelítik meg, pl. egységnyi lakosra jutó kórházi ágyak, orvosok stb. száma. Ez a megközelítés alkalmas annak a kimutatására, hogy ezek az inputok milyen eredmény létrehozására képesek, azonban keveset mondanak az egészségügyi rendszer egészének azon képességéről, hogy azonos ráfordítás mellett az inputok (szakemberek, épületek, készülékek, fogyóeszközök) különböző kombinációja esetén hogyan alakul az egészségnyereség.

Az ilyen relatív teljesítmény megítélése egy olyan skála segítségével lehetséges, melynek van egy felső plafonja - ami az egészségügyi rendszertől elvárható maximális teljesítményt tükrözi. Ez a plafon egy olyan szintet kell, hogy jelentsen, melyet az egészségügyi rendszerek elérhetnek, de nem haladhatnak meg. A skála másik végén viszont meg kell határozni azt a minimumot, amit egy egészségügyi rendszernek teljesítenie kell (WHO, 2000). Egy ilyen skála lehetővé teszi, hogy meghatározzuk, hogy az adott egészségügyi rendszer lehetőségeinek hány százalékát képes realizálni. Másképp fogalmazva a tényleges teljesítményt összehasonlítva a lehetséges maximális teljesítménnyel meghatározható, hogy az egyes országok milyen közel illetve távol állnak a saját maximális teljesítményüktől.

Ezen megfontolások tükrében 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 (WHO, 2000). A mutató magában foglalja az egészségi állapotot (25%), az egészség megoszlását (25%), az egészségügyi rendszer reagáló képességét (12,5%), a reagáló képesség megoszlását (12,5%), az egészségügyi hozzájárulás igazságosságát (25%). 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).

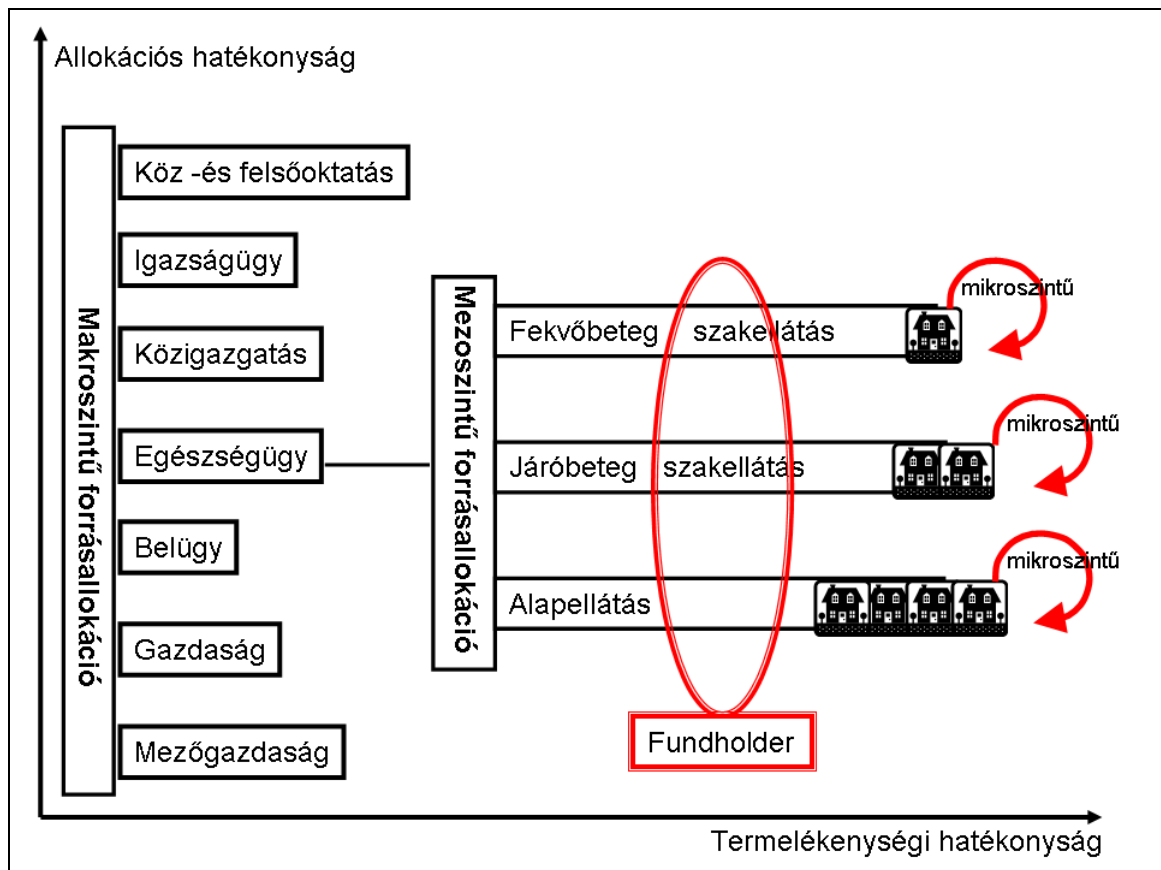
Ezek a folyamatok az egészségügyi ellátórendszer iránti keresletet meghatározó krónikus betegségek prevalenciájának növekedéséhez, s a kor specifikus halálozási arányszámok csökkenéséhez vezetnek. Következésképp a szolgáltatás iránti igény jelentős mértékben nő.

Látható tehát, hogy az egészségügyi szektorban mind a keresleti, mind a kínálati oldal folyamatai a kiadások növekedéséhez vezettek. Éppen ezért napjainkban az egészségpolitikai célok megvalósítása és a rendelkezésre álló erőforrások végeessége korábban soha nem látott mértékben teszi szükségessé az egészségügyi ellátórendszer költség-hatékonyságának optimalizálását.

6.4.1. Általános megfontolások

Az általános definíció szerint az erőforrások felhasználása akkor a leghatékonyabb, ha az elért haszon ösztársadalmi szinten maximális (Szigeti, 2007). 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). Ahogy azt már korábban tárgyaltuk az egészségügyi piac több szempontból sem felel meg a versengő piac követelményeinek (Rivera és Currais, 2003; Powell és Exworthy, 2003; Balsa és McGuire, 2003; Musgrove, 2000; Xu és mtsai, 2003). Az egészségügyben megjelenik ugyanis a származtatott kereslet, az információs aszimmetria, az externáliák és a hozzáférési illetve kilépési korlátok (Nagy, 2005). Ezek a jelenségek a versenyzői egyensúly megbomlásával a hatékonyság romlásához vezetnek (Nagy és Dózsa, 2005; Cutler és Zeckhauser, 2000). A fenti megfontolásokból adódik, hogy az egészségügy hatékony működéséhez szükségeszerű a külső beavatkozás, azaz az egészségügy szükségeszerűen szabályozott piac (Folland, 2005).

Az egészségügyben hagyományosan a hatékonyság két dimenzióját különítik el: a termelési és az allokációs hatékonyságot (18. sz. ábra) (Józwiak-Hagymásy és mtsai, 2006a).



18. sz. ábra: Az egészségügyi hatékonyság „két dimenziója”- a termelési és az allokációs hatékonyság (Bíró és mtsai, 2011a). A termelési hatékonyság a költségek minimalizálását jelenti az egyes allokációs szinteken, azaz egy adott allokációs szinten belül érvényesülő termelékenység optimalizálást takarja. Az allokációs hatékonyság az egyes szintek közötti forrásosztás eredményességét tükrözi. Az allokációs hatékonyságnak jellemzően három szintje különíthető el a makro-, mezo-, és mikroszintű forrásallokációt. Látható, hogy a házi orvos, mint ellátásszervező több ellátási szinten átívelő tevékenységével képes az allokációs hatékonyságot javítani.

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 (Evetovits és Gaál, 2005). 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 optimalizálást

takarja. Ezzel szemben az allokációs hatékonyság az egyes szintek közötti forrásosztás eredményességét tükrözi (18. sz. ábra).

6.4.2. Allokációs hatékonyság

Az allokációs hatékonyságnak jellemzően három szintjét különíthetjük el (Józwiak-Hagymásy és mtsai, 2006b), a makro-, a mezo-, és a mikroszintű forrásallokációt.

Makroszintű forrásallokáció

A makroszintű, vagy stratégiai forrásallokáció az a társadalom szempontjából optimális kiadási szint, melyet az egészségügyi szektorra érdemes költeni (Mossailos és Dixon, 2002). Az OECD egyik tanulmánya megállapította, hogy nem határozható meg egyértelműen, mekkora az egészségügyre fordítandó optimális GDP hányad (OECD, 2003a). A makroszintű forrásallokáció történhet nyílt vagy zárt költségvetési keretből, illetve történhet prospektív vagy retrospektív módon (Rice és Smith, 2002).

Mezoszintű forrásallokáció

A mezoszintű forrásallokáció a gyógyító-megelőző kiadások költségvetésének szétosztását jelenti a különböző kasszák között.

Mikroszintű allokáció

A gyógyító-megelőző ellátások tekintetében a mikroszintű allokáció alatt a szolgáltatók és szolgáltatásaik finanszírozásának meghatározásait értjük.

6.4.3. Finanszírozási rendszerek

Bázis vagy költségvetési finanszírozás

A bázisfinanszírozás a költségvetés szempontjából kiszámítható finanszírozást jelentő rendszer, melyben az egészségügyi feladat ellátásához szükséges átlagos költséget előirányzatként kapja meg az egészségügyi szolgáltató, a feladat elvégzésétől függetlenül. Ez a fajta finanszírozás egyfelől hosszú távú kiszámíthatóságot biztosít mind a költségvetés, mind a szolgáltató számára. Másfelől azonban a szolgáltatót a termelési hatékonyság fokozására ösztönzi, nem hordoz motivációt az ellátás megfelelő színvonalának biztosítására.

Magyarországon a homogén betegcsoportok (HBCs) szerinti finanszírozás bevezetése előtt a kórházi finanszírozás bázisfinanszírozás szerint történt (Mihályi, 2003i).

Teljesítményalapú finanszírozás

A teljesítményalapú finanszírozás alapvetően abban különbözik a bázisfinanszírozástól, hogy ebben az esetben a finanszírozás utólagosan az egészségügyi szolgáltató által jelentett teljesítmény alapján történik. A jelentett teljesítmény lehet eset alapú (esetfinanszírozás) vagy tételes elszámoláson alapuló.

Esetfinanszírozás

Mihályi Péter megfogalmazása szerint az esetfinanszírozás „alapja az ellátandó esethez logikailag és szakmailag összetartozó kezeléssorozatok egy finanszírozási tételként kezelése” (Mihályi, 2003j). Az esetfinanszírozás magyarországi példája a homogén betegcsoportok szerinti finanszírozás. A finanszírozó azon közel azonos szakmai-technikai ráfordítási igénnyel rendelkező aktív kórházi eseteket sorolja egy csoportba melyek orvosi szempontból is indokoltan egy csoportba sorolhatók. A HBCs-hez tartozó súlyszám érték az úgynevezett 50 elemű súlyszám tömbön alapul, azaz minden egyes homogén betegcsoport esetében 50 tételre bontva meghatározták az ellátás átlagos költségeit (diagnosztika, terápia, üzemeltetés, bérköltség), és ezt az átlagos költséget hozzárendelték a HBCs-hez. A finanszírozó az egészségügyi szolgáltató jelentése alapján az adott HBCs-hez tartozó súlyszám szerint finanszírozza az ellátást,

az egyes betegre való tényleges ráfordításoktól függetlenül. Ez a finanszírozási technika szintén a termelési hatékonyság növelésére ösztönözheti az egészségügyi szolgáltatókat, azaz az egy esetre (HBCs-re) jutó költség minimalizálását vonhatja maga után.

Másik példa az esetfinanszírozásra a krónikus ellátásban alkalmazott ápolási napok szerinti finanszírozás. Ebben az esetben a finanszírozás az ápolási napok szerint történik. A jogszabályban meghatározásra kerül egy alapidj, melyet speciális rehabilitációs ellátási formák esetén különböző szorzókkal emelnek. A finanszírozó a szorzóval emelt napidj és az ápolási napok száma alapján téríti meg a szolgáltató költségeit, a struktúrában szereplő ágyszámok figyelembe vétele és ellenőrzése mellett.

Szolgáltató számlája szerinti finanszírozás (fee-for-service)

Szintén retrospektív finanszírozási mód, mely során az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi folyamatokat részelemekre bontja és ez alapján számlaszerűen történik az elszámolás.

Fejkvótán alapuló finanszírozás

A beteghez kapcsolt finanszírozás legáltalánosabb formája a fejkvótás finanszírozás. Ahogy azt már korábban a 18. sz. ábrából levezettem, az ellátás egyes progresszivitási szintjein (mezoszintű allokációs szint) levő szolgáltatók (mikroszint) nem képesek a saját progresszivitási szintjüket meghaladóan befolyásolni az allokációs hatékonyságot, illetve ebben alapvetően nem is érdekeltek. A jelenlegi finanszírozási ösztönzők egyetlen szinten sem hordozzák magukban a definitív ellátás iránti igény költség-hatékony kielégítését. Az alapellátásban alkalmazott részleges fejkvóta – ami kizárólag a praxis finanszírozását és nem a beteg teljes körű ellátását fedezi arra ösztönzi a háziorvost, hogy a beteget minél kisebb erőforrások bevonásával lássa el, ami a betegek szakmailag indokolatlan szakellátásba utalását eredményezi (Kornai és Egglestone, 2004b). Mivel a járóbeteg szakrendelőket gyakran fekvőbeteg intézmények üzemeltetik, a beteg a teljesítmény finanszírozott járóbeteg szakellátásba lépve, jellemzően egyre magasabb progresszivitási szinten kapja meg a szükséges ellátást. Ez az alapvetően

struktúrákat, kapacitásokat finanszírozó rendszer tehát alkalmatlan arra, hogy befolyásolja az allokációs hatékonyságot és halaszthatatlanul beavatkozásra szorul.

A nemzetközi gyakorlatban ismeretes olyan finanszírozási mechanizmus, amely megengedi a stabil költségvetési korlátok megtartását, megteremti a helyi politikai célok megvalósításának kereteit (Rice és Smith, 2001) és javítja az allokációs hatékonyságot. Ez a fejkvóta finanszírozás. A centralizált újraelosztó rendszerekben a fejkvóta definíciója Smith és munkatársai nyomán így hangzik: „A fejkvóta egy adott tulajdonságokkal rendelkező állampolgár után megállapított, adott időtartamra fizetett, adott szolgáltatásokért járó fix összeg, amelyet az állami egészségügyi ellátásra szánt alapból utalnak az ellátásszervező részére” (Smith és mtsai, 2001; Nagy, 2005).

A fejkvóta finanszírozás kapcsán számos kérdés felvetődik, melyek megválaszolása a finanszírozás problémakörén is messze túlmutat.

(1.) A fejkvóta számolásának módja alapvetően magában hordozza az ellátásszervezők sikerét, vagy bukását. A fejkvóta alapú finanszírozás kapcsán ugyanis az ellátásszervező viseli az általa ellátott populáció teljes egészségügyi ellátásával járó összes kockázatot. A fejkvóta meghatározása során ez a kockázat a kockázatkiigazítás és a kockázatmegosztás technikájával csökkenthető, mely technikák ismertetése jelen dolgozatom kereteit meghaladja, ezért utalok Nagy Balázs tanulmányára (Nagy, 2005). Amennyiben a fejkvóta meghatározása nem megfelelő, a kockázat csökkentése érdekében előfordulhat, hogy az ellátásszervezők igyekeznek a kevésbé kockázatos populációkat ügyfélkörükbe beválogatni (ügynevezett lefölozés), illetve csökkenteni az ellátás minőségét (Jack, 2006).

(2.) A második elvi kérdés az, hogy a biztosítottak milyen körére terjed ki a fejkvóta alapú finanszírozás. Ahogy azt alább tárgyalom, Magyarországon az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) keretében volt már kísérlet a biztosítottak egy bizonyos körének fejkvóta-alapú finanszírozására. Mivel azonban ez nem terjedt ki a teljes lakosságra, az ügynevezett lefölozés jelenségének leheüünk szemtanúi (ÁSZ jelentés, 2005).

(3.) A harmadik kérdés az, hogy a szolgáltatások milyen körét vonják bele a fejkvóta alapján finanszírozott ellátások körébe, azaz részleges vagy teljes fejkvóta alapú finanszírozás valósuljon meg. A részleges fejkvóta finanszírozásra példa a hazai

házi orvosi finanszírozás, ahol a fejkvóta csak a praxis önköltségét hivatott fedezni. Teljes fejkvótás finanszírozásra példaként az IBR- szolgál. A teljes fejkvóta esetében is megfontolható azonban bizonyos nagy költségű, ritka ellátások kivonása a fejkvótás finanszírozás alól (pl. szívsebészet, idegsebészet, transzplantációs ellátások), mivel hatékonyság szempontjából nem értelmezhető a kockázatközösség.

(4.) Végül a negyedik lényeges kérdés, hogy ki legyen az ellátásszervező: egy több biztosítós rendszer különböző biztosítói; egy a jelenleg ismert ellátórendszerrel független ellátásszervező (lásd IBR), vagy a nemzetközi gyakorlatban a házi orvosi ellátás kapcsán már bevált módon a szolgáltató (pl. az angliai GP fundholding rendszer (Smith, 2008)).

A fejkvóta alapú finanszírozás az előzőekben tárgyalt hátrányai mellett előnyös sajátosságokkal is bír: egyrészt alacsony adminisztrációs költségek esetén kiszámítható finanszírozást biztosít, másrészt elvben megfelelő keretet adhat egy szabályozott tartalmú kapuóri szolgáltatáshoz. Pozitív vonása továbbá, hogy egy kvázi állandó betegkörhöz (a leadott kártyák számához) kapcsolja a finanszírozást, ezzel megteremti a betegek hosszútávú követésének lehetőségét is (Greß és mtsai, 2006). Ezen előnyök azonban nem kompenzálják a rendszer azon inherens hibáját, hogy ez önmagában nem ösztönzi, sőt nem is támogatja az alapellátásban a magasabb színvonalú szolgáltatás nyújtását. A fenti megfontolások tükrében érthető, hogy több, korábban tisztán fejkvóta alapú finanszírozást alkalmazó országban elmozdulás történt egy vegyes (fejkvóta alapú és tevékenységhez kapcsolt) finanszírozású rendszer irányába (pl. Hollandiában, Dániában, az Egyesült Királyságban) (ESKI, 2008). A vegyes finanszírozási rendszer lényege, hogy a biztosító a házi orvosi finanszírozás meghatározott részét a hozzá bejelentkezett lakosok után, tehát fejkvóta jelleggel adja, míg a fennmaradó részt a lejelentett tevékenység alapján. Ismeretes, hogy a tevékenység-alapú finanszírozás a teljesítmény maximalizálására ösztönöz, ezért tiszta formában alkalmazva az alapellátás költségeinek elszabadulásához vezethet. A két rendszer ötvözése az alapellátásban nyújtott szolgáltatások körének várható bővülésével erősítheti a kapuóri funkciót és előmozdíthatja jól definiált minőségi és egészségpolitikai célok megvalósítását. A kapuóri funkció erősödése egyértelműen kimutatható volt Dániában, ahol az alapellátás finanszírozásába beépített tevékenység-alapú komponens bevezetésével párhuzamosan csökkent a szakellátásba történő beutalások száma (Gosden és mtsai, 2000). A vegyes

finanszírozási rendszer érdekeltté teheti a háziorvost abban, hogy a praxisában regisztrált egyénnel (nemcsak a betegekkel, de az egészséges emberekkel is) közvetlenebb kapcsolatot építsen ki, ami lényeges eleme a hatékony lakossági egészségfejlesztési és prevenciós programoknak. Természetesen ehhez az alapellátást nyújtó praxisok személyi összetételét is meg kellene változtatni, s a team-munka humán erőforrás feltételeit megteremteni. Angliában az alapellátás keretei között végzett hüvelykenet vétel célzott finanszírozása a háziorvosok által végzett mintavételek számában drámai növekedést eredményezett (Bruni és mtsai, 2009).

Vegyes finanszírozás

Kevert finanszírozásra számos nemzetközi példát találhatunk a járóbeteg- és az alapellátásban (pl. Dánia, Hollandia, Egyesült Királyság, Franciaország). Az alapellátásban jellemzően a háziorvosok finanszírozása egy alacsonyabb összegű fejkvóta és egy ezt kiegészítő fee-for-service alapú elszámolásból tevődik össze. A vegyes finanszírozás célja olyan ösztönzők megteremtése a háziorvosok számára, amelyek alapján törekednek a definitív ellátásra ahelyett, hogy továbbutalnák a betegeket. Ugyanakkor a vegyes finanszírozással megteremthető az egyébként külön díjakkal nem finanszírozott általános szolgáltatások térítésének keretei is. A fee-for-service mechanizmussal a háziorvosok produktivitása növelhető, a kapitációval pedig a fölösleges ellátás nyújtását kívánják megelőzni.

Dániában az alábbiak szerint tevődik össze a háziorvosi finanszírozás: a finanszírozást 30%-ban a háziorvoshoz feliratkozott betegek negyedévente számított fejkvótája, 70%-ban a szolgáltatások szerinti díjtételek alkotják. Nagy-Britanniában a vállalkozó háziorvos a National Health Service-től (NHS) részesülnek fizetésben a következők szerint:

- Praxis térítések – juttatások a praxis felállítására és fenntartására,
- Fejkvóta – az orvosnál regisztrált betegek száma szerint fizetett éves díj,
- "Out of hours" díj – 17 óra után, hétvégén és ünnepnapokon történő rendelés,
- Éjszakai ügyelet,
- Védőoltások nyújtása,
- Méhnyak szövetvizsgálat,
- Fogamzásgátlás szolgáltatások,
- Egészségfejlesztés,

- Krónikus betegség menedzsment programok működtetése,
- Anyasági orvosi szolgáltatások,
- Sürgősségi kezelések,
- Telefonos tanácsadás,
- Kisebb műtétek.

(ESKI, 2008)

6.5. Az egészségügy humánerőforrás helyzete

A mai tudás alapú társadalomban ismét felértékelődött a tudást hordozó és alkalmazó humánerőforrás jelentősége. Ahol az egészségügy döntéshozói felismerték a humánerőforrás stratégiai voltát, és - követik a mára általánossá vált törvényszerűséget, mely szerint a megváltozott gazdasági környezetben a szervezeteknek kiemelt területként kell kezelniük az emberi erőforrás kérdését - igyekeznek minden eddiginél nagyobb hangsúlyt fektetni az egészségügyi személyi állomány elégedettségére, motiváltságára és fejlődőképességére, mely az előző összefüggésekből eredően a gazdasági növekedés legfontosabb tényezője lett.

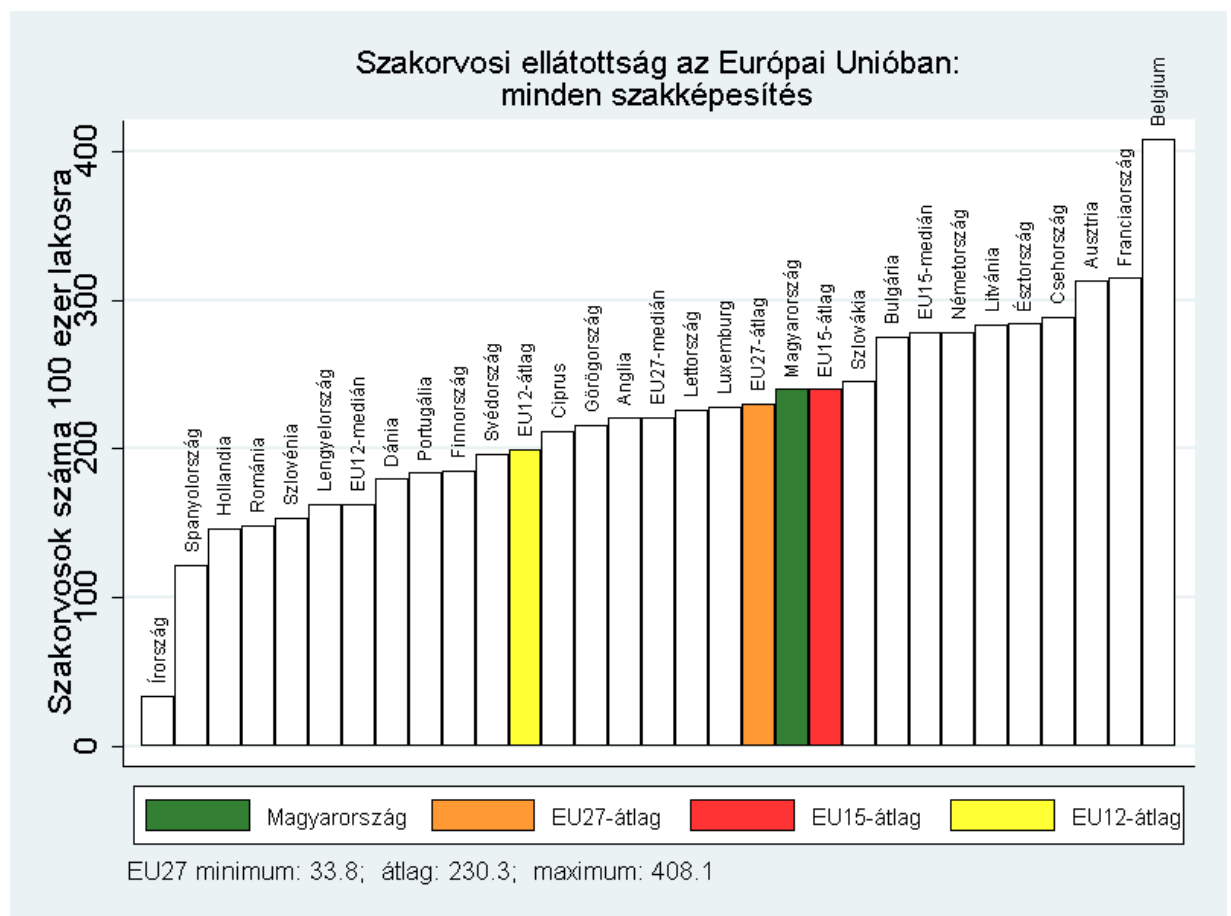
Nagyarányú fejlődés alapja lehet ugyanis az egészségügyben felhalmozott szaktudás, illetve e rendelkezésre álló tehetségek és képességek optimális kihasználtsága. A felhalmozott szellemi vagyon azonban csak akkor kamatozhat megfelelően, ha igénybe vétele közös érdeken alapul, s amennyiben a felhasználás céljai és körülményei tekintetében is fennáll az összhang.

Az összefüggések tisztázása ellenére az egészségügyi munkaerő kérdése olyan összetett és nehezen kezelhető területnek bizonyul, hogy nem csupán a hazai viszonyok között jelentkezik problémaként, de valamennyi európai ország politikai döntéshozója kihívásokkal küzd a szükséges kompetenciákkal bíró munkaerő biztosítása terén, s mára az egészségügyi humánerőforrás az EU egészségpolitikájának is központi kérdésévé vált, megelőzve jelentőségében az infrastrukturális és technológiai tényezőket is.

Európai szinten az egészségügyi rendszerek hatékonyságát humánerőforrás oldalról visszafogja az egyes szakmák súlyos hiánya, a munkaerő növekvő migrációja,

egyenlőtlen eloszlása (területi, nemek közötti, szakmák és intézmények közötti), valamint a munkaerő minőségi jellemzőiben mutatkozó aránytalanságok (Rechel és mtsai, 2006a). Ezen felül Nyugat-Európa számos rendszere küzd szakemberhiánnyal, s így egyre inkább más országokban képzett egészségügyi szakemberektől függenek az orvosi egyetemi képzés korlátozásának hosszú távú hatásai és a nyugdíjkorhatárt elérő dolgozók tömeges távozása miatt. A kilencvenes évek közép-európai rendszerváltásai, majd az új EU tagállamok belépése fokozta az egészségügyi munkaerő migrációját, melynek alapja a kelet-közép-európai egészségügyi rendszerek örökölt munkaerő túlkínálata volt.

Egy 2007-es felmérés alapján a 100 000 lakosra jutó szakorvosok száma Magyarországon jónak, megfelelőnek mondható, tekintve az uniós átlagot (19. sz. ábra). Az ábrából is kitűnik, hogy a közép-kelet-európai régió országaiban az uniós átlagnál (Lengyelország kivételével) több szakorvos jut, mely alátámasztja az örökölt túlkínálatot.



19. sz. ábra: Szakorvosok 100 000 lakosra jutó száma országos bontásban az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal által szolgáltatott adatok alapján (EEKH, 2007).

Kiemelendő még a táblázatból összehasonlításképpen Anglia, amely tagállamban alacsonyabb a szakorvosok lakosságra jutó aránya.

6.5.1. Szakorvosi ellátottság – nemzetközi kitekintés

Nagy-Britannia

Nagy-Britanniában a kilencvenes évektől kezdődően nem folytatódott a nyolcvanas években tapasztalható emelkedés az egészségügyi dolgozók létszámában, de csökkenés sem. Alapvetően stagnált az egészségügyben alkalmazottak létszáma. Az Egészségügyi Világszervezet adatai alapján mind az orvosok, mind az ápolók lakossághoz viszonyított létszámában elmarad a fejlett nyugat-európai országok statisztikai mutatójától (6. és 7. sz. táblázat).

Mutató	1995	2000	2002
Aktív ágyak száma	240 000	230 000	220 000
1000 lakosra	4,1	3,9	3,7
Hosszú ápolási idejű ágyak száma	245 000	230 000	220 000
1000 lakosra	4,2	3,9	3,7

6. sz. táblázat: A kórházi ágyak száma és aránya ezer lakosra Nagy-Britanniában (OECD, 2005).

Mutató	Egészségügyi dolgozók	
	száma	1000 lakosra
Orvosok	130 312	2,0
Általános orvosok	39 909	0,6
Fogorvosok	27 199	0,4
Gyógyszerészek (2000)	36 839	0,6

Ápolónők	580 000	8,8
-----------------	---------	-----

7. sz. táblázat: Az egészségügyi dolgozók száma és aránya ezer lakosra Nagy-Britanniában, 2003 (OECD, 2005).

Nagy-Britanniában a háziorvosok (general practitioner – GP) 100 000 lakosra jutó aránya nagyjából megfelel az EU-27 átlagának, ezzel Magyarországnál statisztikailag kedvezőbb a háziorvosi ellátás lefedettsége, mely nagyobb ellátási biztonságot feltételezhet.

Az egészségügyi hálózatban a háziorvosok az első szintű ellátók, ők biztosítják az alapellátást, mely a lakosság több mint 99%-át lefedi. A háziorvos utalja be szakorvosi ellátásra a hozzá forduló beteget, amennyiben szükségesnek találja, „gate-keeper” elv szerint. Egy 1998-as felmérés alapján 27 392 háziorvos tevékenykedett 8 994 praxisban. Átlagosan így három orvos jutott egy praxisra (ESKI, 2010).

Az egészségügyi ellátás szinte kizárólagosan a National Health Service (NHS) szervezi és szolgáltatja, melyet az állam finanszíroz adóbevételekből, így az ellátás helyén ingyenesen vehető igénybe a szolgáltatás. Több mint egy millió embert foglalkoztat ez a szektor, nagyrészüket szakszervezeti képviseléssel is rendelkeznek (Rechel és mtsai, 2006b). Egy 1990-es kormányrendelet szerint minden alapellátásban praktizáló orvosnak általános orvosi vizsgával kell rendelkeznie. A brit egészségügyi rendszerben az ápolók aránya ugyan növekedett az 1980-as és '90-es években, de még mindig az EU átlag alatt van (ESKI, 2010).

Az Amerikai Egyesült Államok

Az Amerikai Egyesült Államokban az egészségügyi kiadások a világon a legmagasabbak. Az összes egészségügyre fordított kiadás a nyolcvanas évek elején még 8,7%-ot tett ki, míg 2001-re már elérte a GDP mintegy 13,9%-át (OECD, 2003a). 1980 óta az egy főre jutó kiadások háromszorosára nőttek. Ugyanakkor a lakosság jelentős része (kb. 15%-a) nem rendelkezik biztosítással. A legfőbb költségfokozó az egészségügyi dolgozók magas száma, valamint a kórházak magas színvonalú orvostechikai standardja. Emellett szembetűnő az igazgatási kiadások magas szintje is (ESKI, 2005).

A magánszolgáltatók erős nyomást gyakorolnak több szolgáltatás igénybevételére, mert ez áll érdekükben, a betegek egyre újabb és korszerűbb eljárások alkalmazását, gyógyszerek használatát, gondos, minőségi ellátást követelnek, a biztosítók pedig tovább tudják hárítani a megnövekedett költségek terhét a munkáltatókra, amelyekkel szerződésben állnak. Az állami programok esetében nem érvényesül erős költségvetési korlát, a politikai-hatalmi érdekek (újraválasztás) arra készítetik a politikusokat, hogy megszavazzák a megemelt egészségügyi büdzsét. Az állam természetesen hozzájárul a kutatások költségeihez és az állami egyetemeken folyó orvoscépzéshez is. Az amerikai egészségügyi rendszerben a szolgáltatók és a biztosítók érzéketlenek, túlfizetettek és keresztprofitálók (Forgács és Vallyon, 2003).

Kórházi ágyak	1980	1990	2000	2001
Ágyak száma összesen	1365	1211	984	987
1000 lakosra számítva	6,0	4,9	3,5	3,5
Szövetségi	117	98	53	53
Nem szövetségi	1248	1113	931	934

8. sz. táblázat: A kórházi ágyak számának alakulása (ezerben) az Amerikai Egyesült Államokban (Statistical Abstract of the United States, 2003).

Mutató	1980	1990	1999
Orvosok száma	453 165	601 612	763 519
1000 lakosra	2,0	2,4	2,7
Fogorvosok száma	121 900	147 500	164 700
1000 lakosra	0,5	0,6	0,6
Gyógyszerészek száma	142 400	166 700	198 720
1000 lakosra	0,6	0,7	0,7
Ápolók száma	1 272 900	1 789 600	2 271 300
1000 lakosra	5,6	7,2	8,1

9. sz. táblázat: Az egészségügyi dolgozók számának alakulása az Amerikai Egyesült Államokban (OECD, 2003a).

Az USA-ban az orvosok túlnyomó többsége csoport-praxis rendszerben dolgozik. A még létező önálló orvosi praxisok sok vonatkozásban vannak hátrányban a csoport-praxissal szemben (konkurencia, helyettesítések, alacsonyabb bevétel). Ezért egyre kevesebb orvos dolgozik önálló praxisban. Ezzel szemben erősen emelkedett azoknak az aránya, akik alkalmazott viszonyban vannak. Amíg a 80-as évek végén az orvosoknak több, mint 70%-a önálló volt, addig a 90-es években arányuk a felére csökkent. Különösen a házi orvosoknál figyelhető meg az alkalmazott orvosok arányának növekedése. Mindez összefügg a managed care szervezetek, illetve orvosi csoport-praxisok számának gyors növekedésével, melyekben dolgozó orvosok értelemszerűen alkalmazottakká válnak (ESKI, 2005).

6.5.2. Bérezés – nemzetközi kitekintés

Nagy-Britannia

A fejlődés fenntartása érdekében, illetve a pályaelhagyás megakadályozása és a hatékonyság növelése érdekében javítani szükséges a munkafeltételeken, elégedettségen, az életpálya kilátásokon és nem utolsósorban a fizetéseken. Több intézkedés is született ennek érdekében, mely felhasználja a humán erőforrással kapcsolatosan a teljesítményre, a fluktuációra, a betegség miatti távolmaradásra vonatkozó statisztikai kimutatásokat.

A jelenlegi illetményrendszer ugyanis kisebb-nagyobb változtatások mellett lényegében még mindig az 1948-ban felállított struktúra alapjaira épült, ennek a megváltoztatása égetően fontos kérdéssé vált az ezredfordulóra, hiszen addigra az egyik legnagyobb kerékkötője lett a rendszernek az elemzők szerint. A változtatások fokozatos illetménynövekedést jelentenek az alkalmazottak számára, melyek 2003-tól fokozatosan kerültek/kerülnek bevezetésre. Az érzékelhető bérnövekedésekkel egyértelműen vonzóbbá kívánják tenni az orvosi pályát, illetve a külföldön diplomát szerzett orvosokat is megcélolták.

A brit kormány által 2010 nyarán közzétett fehérvkönyv (Equity and excellence: liberating the NHS) felvázolja az NHS jövőképét és hosszú távú céljait. A dokumentum az egészségügyi szolgálat eddigi legnagyobb átszervezését vetíti előre, amelyben nagy szerepet játszik a decentralizáció, vagyis az NHS felszabadítása a túlzott bürokratikus és politikai ellenőrzés alól. A házi orvosok feladatává válik az egészségügyi szolgáltatások vásárlása, a betegeknek nagyobb beleszólásuk lesz az ellátásba, és az egészségügyi szolgáltatásokban megjelennek a piaci erők. A betegek nagyobb ellenőrzést gyakorolnak adataik felett és képesek lesznek online összehasonlítást végezni a kórházak és a klinikák teljesítményéről. A kormány megszünteti a „felülről lefelé” irányuló célkitűzéseket és felváltja azokat egy klinikai kimeneteken alapuló rendszerrel (NHS, 2010).

Amerikai Egyesült Államok

Az orvosok bérezése – az egészségügyi rendszer jelentős differenciái miatt is – jelentős eltéréseket mutat az európai rendszerektől. Folyamatosan csökken az önálló orvosi praxisok aránya, átalakulnak csoport-praxisokká. Ennek okán a szolgáltatás szerinti finanszírozás (fee-for-service) alapú bérezés átalakul a fejkvótás térítés, valamint szabad béralku valamilyen kombinációjává, melyet egyéb ösztönzőkkel is kiegészítenek. Meg kell említeni, hogy a Medicare, valamint Medicaid programok keretében nyújtott ellátások továbbra is fee-for-service alapon kerülnek megtérítésre. Az ismertetettek igazak mind a házi orvosokra, mind a szakorvosokra azzal a kitételrel, hogy bizonyos szakterületen dolgozó szakorvosok (patológusok, radiológusok, illetve egyéb tipikusan kórházakhoz kötött tevékenységeket végző szakorvosok) keresetének megállapítása jellemzően inkább havi időbér formájában történik (Fujisawa és Lafortune, 2008).

A házi orvosok fizetése az átlagkereset három és félszerese is lehet az Egyesült Államokban, míg magánpraxist folytató szakorvosok jövedelme az átlagkereset ötszörösét is elérheti (Fujisawa és Lafortune, 2008). Azt viszont hozzá kell tennünk, hogy bár nagyon jövedelmezőnek tekinthető a szakma, a végzős orvostanhallgatók 80%-a hitelből szerzi meg a diplomáját.

6.5.3. Szakember-képzés – nemzetközi kitekintés

Nagy-Britannia

Angliában kiemelt probléma az orvoshiány. Ennek érdekében 2006-ban az államilag finanszírozott orvostan hallgatói létszámot 30%-kal megemelték, valamint a nővérek képzését olyan irányba fejlesztették tovább (a kompetenciák újra értékelésével), hogy minél több területen tudjanak segítséget nyújtani, akár az orvos helyett is (Rechel és mtsai, 2006b; Walker és Maynard, 2003). Ezzel hatékonyan és gyorsan fedezhető az orvoshiány, viszont a fokozódó nővérhiány megoldatlan kérdését csak tovább nehezíti. A munkaerőhiány csökkentése érdekében új ösztönző elemek kerültek bevezetésre és egyéb visszatartó jellegű intézkedések történtek. Emellett a hazánkban is tapasztalt elvándorlást is kihasználják/kihasználják a hiány csökkentése érdekében.

Ezen intézkedéseknek köszönhetően megnőtt az orvosok száma a szigetországban, habár egyéb fejlemények csökkentették a hatékonyságát. Az uniós munkaidő szabályozás és egyéb, az NHS által bevezetett reformok csökkentették a ledolgozható munkaórák számát. Illetve, a nagy médiafigyelmet kapott orvosi műhibák fokozott, esetenként indokolatlan óvatosságra intették a kezelőorvosokat, mellyel tovább lassult a betegellátás és tovább növelte a munkaerőhiány problematikáját.

Amerikai Egyesült Államok

A tényleges orvoscépzést az Egyesült Államokban egy ún. egyetemi alapképzés előzi meg, mely négy évig tart. Ez a négy éves alapképzés egy bachelor fokozat megszerzésével végződik (bachelor's degree). Ezt követően nyílik meg a lehetőség orvosi képzésre felvételt nyerni, ami újabb négy éves periódus. Ezt követően kezdődhet meg a rezidensképzés, mely szakiránytól függően 3-7 év időtartamú is lehet, melyet természetesen sikeres szakvizsgálával kell zárni (board certification). Az Egyesült Államokban 133 orvoscépzést folytató (MD-fokozatot adó) intézményt tartanak számon, melyben összesen körülbelül 75 000 orvostanhallgató tanul.

7. A magyar egészségügyi ellátórendszer áttekintése

A korábbiakban áttekintettük az egészségügyi ellátórendszerek alapjait képező nagy gazdasági rendszerek sajátosságainak valamint az egészségügyi ellátórendszer lehetőségeit alapvetően meghatározó humán erőforrás helyzetének elméleti kereteit, valamint bemutatásra került egy-egy reprezentatív ország. Megvizsgáltuk továbbá Magyarország helyzetét is adott szempontok szerint. Bemutatásra kerültek továbbá az egészségügyi ellátórendszerek működését általánosságban meghatározó elméleti keretek, az azt jellemző alapvető folyamatok. Jelen fejezetben bemutatom a magyar egészségügyi ellátórendszer jogszabályi kereteit valamint struktúráját, az egyes ellátási szintek jellemzésével. Abból indultunk ki, hogy az egészségi állapot túlnyomórészt az ellátási rendszeren kívüli tényezők alakítják ki, a genetikától az életmódig, ezt az ágazati gazdasági elemzések többnyire mellőzik. Az egyes progresszivitási szintek a magyarországi struktúrában elfoglalt dominanciájuknak megfelelő súllyal kerülnek bemutatásra.

7.1. A magyar egészségügyi ellátórendszer jogszabályi keretei

A fejlett országok az egészségügyi rendszer leírását, feladatait törvényekben rögzítik. Hazánkban a rendszerváltáskor járulékfizetési kötelezettségen nyugvó biztosítási jogviszonyhoz kötötté vált az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, mely alól bizonyos társadalmi csoportok kivételt képeztek, s ugyanakkor voltak egyszerűen kimaradó rétegek is a járulékfizetési kötelezettség alól. Magyarországon az 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről (Eütv.) és az 1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosításról (Ebtv, 1997) teljesíti ezt az elvárást, számos jogszabállyal (kormány-, miniszteri rendelet) kiegészítve, aktualizálva.

Az egészségügyi ellátó rendszer, annak szervezetei, szervezése és így szintjei is levezethetők az egészségügyi törvényből:

Eütv. 6. § Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez.

7. § (1) Minden betegnek joga van – jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségügyi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.

75. § (1) Az egészségügyi ellátások rendszere az egészségügyi szolgáltatások biztosítását és a népegészségügyi célok megvalósulását összehangoltan teszi lehetővé.

(2) Az egészségügyi ellátások célja, hogy hozzájáruljon az egyének egészségének megőrzéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a megváltozott munkaképességű egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését.

(3) Az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet (a továbbiakban progresszív ellátás).

(4) Az egészségügyi ellátások rendszerében a lakosság egészségi állapotának javítását a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználásával kell végezni.

76. § (1) A progresszív ellátás elve az egészségügyi ellátás minden szintjén érvényesül.

(2) A progresszív ellátásban az egyes egészségügyi szolgáltatók feladataihoz szükséges személyi és tárgyi feltételeket külön jogszabály határozza meg.

87. § (1) Az egészségügyi ellátó rendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetve fekvőbeteg gyógyintézeti keretek között, valamint otthonában történő ellátását.

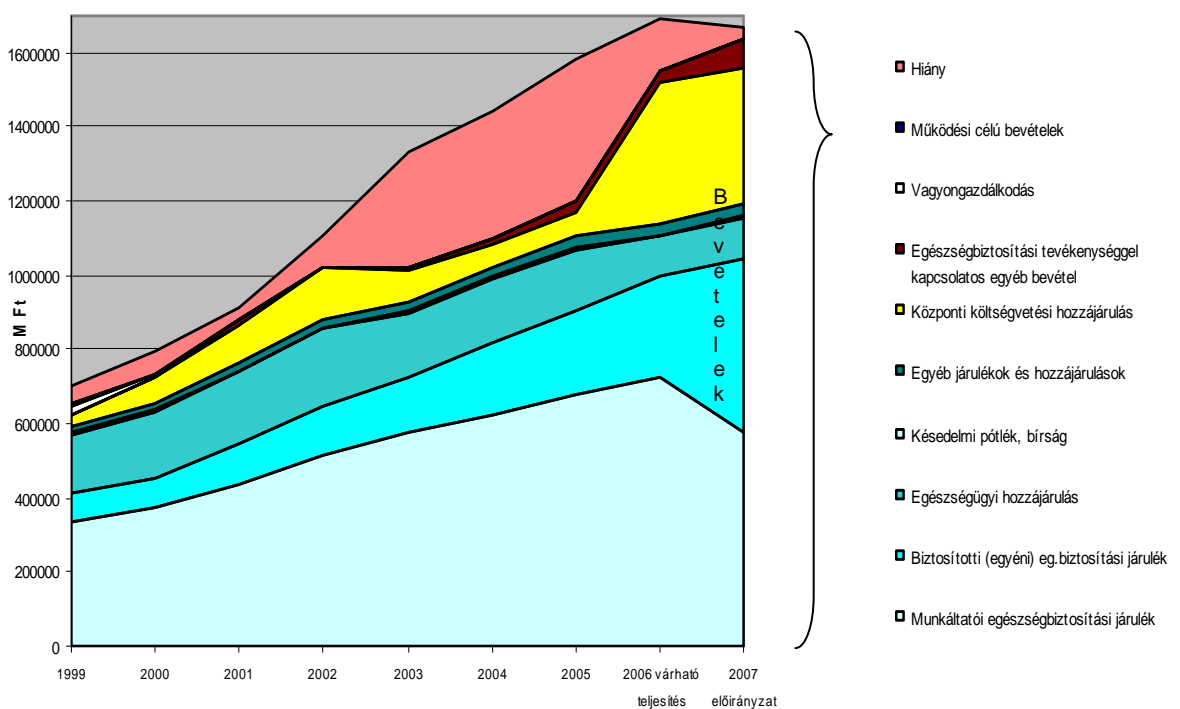
(2) Az egészségügyi ellátó rendszer a népegészségügyi tevékenység során felmért szükségletek figyelembevételével működik.

(3) Az egészségügyi ellátó rendszer bővítése, színvonalának fejlesztése a társadalmi-gazdasági erőforrásokkal összehangoltan történik.

7.2. Forrásallokációs szintek

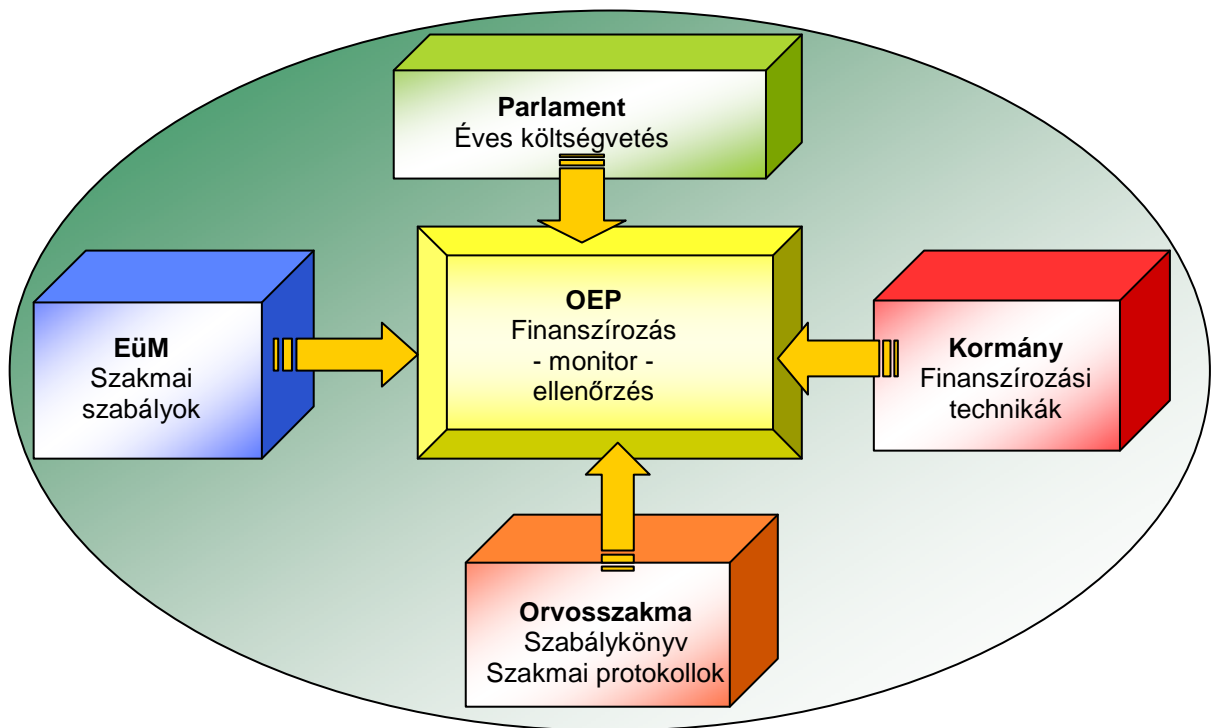
7.2.1. Makroszintű forrásallokáció

Magyarországon az egészségügyi finanszírozás döntően a munkáltatók és munkavállalók által befizetett egészségbiztosítási járulékból és a munkavállalók által befizetett egészségügyi hozzájárulásból áll, mint közforrás, míg 20-30%-nál nem becsülik többre az egészségügyi magánkiadásokat (20. sz. ábra).



20. sz. ábra: Az Egészségbiztosítási Alap költségvetése 1999-2007 (Dózsa, 2007).

A Társadalombiztosítási Alap szétválasztásával létrejött az Egészségbiztosítási Alap, melyet a Kormány felügyel, míg az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság kettéválasztásával megalakult az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, melynek irányítását az egészségügyi miniszteren keresztül felügyeli a Kormány (21. sz. ábra).



21. sz. ábra: A finanszírozás környezete (Dózsa, 2007).

A járulék mértéket törvény szabályozza, mely alapján a munkáltató által fizetett egészségbiztosítási járulék (jelenleg) a bruttó bér 3%-a (összetétele: 0,5% pénzbeli egészségbiztosítási járulék, 1,5% természetbeni egészségbiztosítási járulék, 1% munkaerő-piaci járulék). A munkavállaló által fizetett 7,5% (ez utóbbi összetétele: 2% egészségbiztosítási járulék pénzbeli, 4% egészségbiztosítási járulék természetbeni, 1,5% munkaerő-piaci járulék, de mindhárom a bérből kerül levonásra). Továbbá 27%-os mértékű egészségügyi hozzájárulás fizetési kötelezettség terheli a munkáltatót, az Szja törvény hatálya alá tartozó jövedelmek után.

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. Bár az alapellátás részleges fejkvótás finanszírozása önmagában egyszerű és kiszámítható volt, azonban a beteg definitív ellátását magasabb progresszivitási szintre tolt, aránytalan költségnövekedést indukált. Ahogy azt már

korábban is említettük, szolgáltatói szinten a pénzügyi kockázat a termelési hatékonyság optimalizálásával, azaz az ellátások költségének szolgáltatói szintű redukációjával kezelhető volt, az ellátás pénzügyi kockázatát ráterhelve a finanszírozóra. Mivel az allokációs hatékonyság túlmutat az egyes egészségügyi szolgáltatók szintjén, ezért számukra a hatékonyságnövelés egyetlen eszköze a termelési hatékonyság növelése. Ez a jelenség tetten érhető Magyarországon is, egyfelől a költségek optimalizációja - 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.

Jelentős változást a teljesítmény-volumenkorlát (TVK) 2004-es bevezetése hozott (264/2003. Kormányrendelet, 2003). Eszerint 2004-től a 2003. évre aktív fekvőbeteg súlyszámában (járóbeteg-ellátásnál pontszámában) elszámolt teljesítmény 98%-a került teljes (100%-os) országos alapidíjjal elszámolásra. Ezzel az elszámolható teljesítmény volumenének korlátja (TVK) beépítésre került a finanszírozásba. A TVK felett jelentett és elszámolható teljesítmény sávós rendszer szerint:

5%-ig 60%-os,

5-10% között 30%-os,

10%-ot meghaladóan 10%-os finanszírozással került elszámolásra.

A 2005. évi elszámolásnál is ezt a technikát alkalmazta az OEP, a finanszírozási alapot lényegében még mindig a 2003. év (2004. január 1.-től érvénybe lépett besorolási szabályok szerint átkonvertált és egyéb változásokkal módosított) naturális teljesítménye jelentette (a besorolási szabályok változásai, az egyes tevékenységekhez tartozó súlyszámok, vagy pontszámok változása, évközi kapacitás módosítások hatásának figyelembevétele mellett). A TVK bevezetésével a korábbi fee-for-service egészségügyi szolgáltatók a betegpörgetés jól bevált gyakorlata helyett az esetszámok optimalizálására lettek rászorítva. 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 teljesedett ki, amikortól a betegellátás teljesítményének elszámolásában a sávós finanszírozás megszűnt (132/2006. Kormányrendelet, 2006). Az új teljesítmény volumenkorlát a 2005 évben 100%-on kifizetett teljesítménydíj alapját képező súlyszám (járóbeteg-ellátásnál pontszám) 95%-a lett, s az e feletti teljesítmény nem került elszámolásra. 2006. augusztus 1-től tehát nagy horderejű változás történt, 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. A 2009. április 1-től bevezetett előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) makroszinten lényeges változást nem hozott (58/2009. Kormányrendelet, 2009). Bár megszűnt az a szabály, amely szerint a szolgáltatók egy meghatározott teljesítmény mennyiség felett nem juthatnak finanszírozáshoz, továbbra is zárt maradt a kassa. A teljesítmény egy része emelt alapdíjjal kerül finanszírozásra, ennek értéke a 2008. évi teljesítés 70%-a, míg az EMAFT feletti teljesítmény a rendelkezésre álló időarányos (havi) költségvetési forrás és az országosan jelentett tárgyhavi teljesítmény mennyiség alapján számított lebegő díjtétel alapján volt finanszírozott. A stratégiai forrásallokáció szintjén kialakult zárt költségvetés a járó- és fekvőbeteg szakellátás finanszírozási lehetőségei (következésképp betegellátási kapacitása) felső határának szigorú rögzítését eredményezte. Ezáltal motivációját veszítette a szolgáltatók „teljesítmény pörgetése” és a szakellátást nyújtó szolgáltatók részéről megjelent az igény, hogy a betegek az állapotuknak megfelelő legalacsonyabb progresszivitási szinten legyenek ellátva. A 2011. január 1-től életbe lépett (43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 27. §) finanszírozási szabály szerint a fekvőbeteg ellátásban a TVK feletti 10%-os ellátási sávban az elszámolás a teljes „költség” 30%-án történik, az e fölötti teljesítmény finanszírozása azonban nem történik meg. Elmondható tehát, hogy az egészségügyi ellátás nyújtásának pénzügyi kockázatát a finanszírozó fokozatosan ugyan, de áthárította az erre felkészületlen, struktúráját tekintve több évtizedes, jelen finanszírozási rendszer által már nem respektált hagyományokat tükröző ellátórendszerre.

7.2.2. Mezoszintű forrásallokáció

A kormány 2005. évi 100 lépés programját megelőzően a gyógyító-megelőző ellátáson belül elkülönült zárt kasszákból történt a járó-, az aktív fekvő-, a krónikus fekvőbeteg ellátás, és a CT/MRI vizsgálatok finanszírozása. A kasszák között gyakorlatilag nem volt átjárhatóság, ami jelentősen korlátozta az esetleges alulról jövő, az allokációs hatékonyság növelését célzó kezdeményezéseket (EüM, 2005). Az egymástól elkülönült zárt kasszák miatt a hatékonysági ösztönzők horizontálisan, a termelési hatékonyság tekintetében jelentkeztek, minden kasszán belül az elsődleges cél a bevételek maximalizálása, illetve a termelékenység hatékonyság fokozása volt. A 100 lépés

program törvényileg megadta az ellátási érdeken alapuló allokációs hatékonyság növelésének a lehetőségeit azáltal, hogy létrehozta az összevont szakellátási kasszát. 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, 2006a). A kasszák összevonását kis késéssel követte a járó- és fekvőbeteg ellátás díjharmonizációja: a 9/1993-as NM rendelet 2005. szeptember 01-i módosításával megtörtént 71 járóbeteg pontérték arányosítása a megfelelő súlyszám értékkel. A két szakmaterület közötti váltószám 100 000 pont/súlyszám volt. Mivel azonban a jogszabályok nem teremtették meg a szolgáltatók érdekeltségét, a szakmapolitikai célkitűzés, vagyis a fekvőbeteg ellátások kiváltása járóbeteg ellátási formákkal nem valósult meg. A járóbeteg ellátás struktúrája és a betegutak nem változtak, 2007-ben másfél havi teljesítménynek megfelelő TVK maradvány keletkezett (Egészségbiztosítási Alap 2007. évi költségvetésének végrehajtása, 2007a).

A fenti folyamatok megerősítik a korábbi felvetést, mely szerint az allokációs hatékonyságot, csak a teljes ellátórendszert is érintő vertikális beavatkozásokkal lehet csak javítani.

7.2.3. Mikroszintű forrásallokáció

Az új kapacitások befogadását az 50/2002. (III. 26.) Kormányrendelet szabályozta. Ennek értelmében az egészségügyi szolgáltatók tulajdonosa és fenntartói többletkapacitások befogadására pályázhattak. 2006. december 31-én azonban hatályát veszítette ez a kormányrendelet, azóta csak kiemelt prioritásként kezelt területeken lehetett kapacitásokat befogadtatni (pl. sürgősségi ellátás). A 2007. április 1-én hatályba lépett CXXXII. törvényt megelőzően gyakorlatilag hosszú időn keresztül nem változott az ellátórendszer struktúrája. 2007. áprilisában mintegy 26%-kal csökkent a működő aktív ágyak száma, 11 kórházban megszűnt az aktív fekvőbeteg ellátás továbbá 5 kórház, közöttük három állami intézmény is megszűnt (Egészségbiztosítási Alap 2007. évi költségvetésének végrehajtása, 2007b). 2006-ban a Regionális Egészségügyi Tanács hatáskörébe került a kapacitások igénybevételi adatok alapján történő átcsoportosítása az egyes régiókon belül (CXXXII. törvény, 2006.), melynek hatásköre részlegesen módosításra került a Megyei Kormányhivatalok létrejöttével.

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, ezt szakhatósági és szakmai irányelvek hivatottak szabályozni. Az ÁNTSZ hatáskörébe tartozik a háziorvosi alapellátási rendszerre vonatkozó beutalási rend kidolgozása és ellenőrzése (CLIV törvény, 1997; CXXXII tv, 2006). A másik jelenleg is rendelkezésre álló eszköz a betegek irányításához a korábbi Egészségügyi Minisztérium szakmai kollégiumai által kidolgozott szakmai protokollok tárháza volt. Megjegyzendő, hogy ezen szakmai testületek átalakítása jelenleg folyik hazánkban a Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) egészségügyi államtitkárának irányításával. Az irányelvek specifikus ajánlásokat tartalmaznak a különböző ellátási szinteken történő eljárásokra vonatkozóan, ezzel segítve elő elvben a betegutak és a szakmai felelősség egyértelművé tételét, valamint a biztonságos ellátás nyújtását (ESzCsM irányelv, 2006a). Feltételezhető, hogy a betegirányítást döntően ma is változatlanul a szolgáltatók tradicionális ösztönzője a termelési hatékonyság mozgatja. Ez a jelenség alapvetően négy okra vezethető vissza.

- (1.) maga az egészségügyi CLIV törvény 8. §-a is deklarálja a beteg számára az állapota által szakmailag indokolt szintű egészségügyi szolgáltató és az ellátását végző orvos megválasztásának jogát.
- (2.) a szolgáltató kontroll vizsgálat céljából kezdeményezheti a beteg visszahívását (217/1997. Kormányrendelet, 1997),
- (3.) a beutalási rend és a területi ellátási kötelezettség ellenőrzése jelenleg meghaladja az ÁNTSZ kapacitását.
- (4.) a hazai klinikai gyakorlatból még hiányzik a minőségbiztosítási rendszeren belüli teljes klinikai audit (ESzCsM irányelv, 2006b).

Mivel egyfelől a betegnek joga van az egészségügyi szolgáltató illetve az őt ellátó orvost megválasztani, és a szolgáltató köteles őt ellátni, a szolgáltató nem tudja közvetlenül korlátozni az igénybevételt. Másfelől azonban amennyiben a szolgáltató a finanszírozás sajátosságaiból fakadóan érdekelt a beteg ismételt ellátásában a kontroll vizsgálatra való visszahíváson keresztül saját forgalmat generálhat. Ezen folyamat egyikét sem tudja az ÁNTSZ megfelelően ellenőrizni és szükség (azaz indokolatlan igénybevétel) esetén szankcionálni. Végezetül a szakmai protokollokban leírt beutalási rend klinikai audit formájában megvalósítandó minőségbiztosításának hiányában elmarad a helyes gyakorlat elsajátításának igénye. Megoldást jelenthet a szakmai

protokollokon alapuló OEP finanszírozási protokollok kidolgozása (néhány indikációs körben már elérhető ilyen protokollok, ezek azonban elsősorban egyes diagnosztikus, vagy terápiás intervenciók folyamatait szabályozzák).

A fentiek alapján elmondható, hogy 2006. július 1. óta Magyarországon a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozása centralizáltan, zárt, prospektív módon történik, ami elvben megfelelőnek és korszerűnek tekinthető. Az ellátórendszer azonban alapjaiban véve még mindig a XX. század folyamán kialakult struktúrát tükrözi, amikor az akut megbetegedések kezelésén volt a hangsúly. A korábban vázolt megfontolások értelmében viszont a XXI. században már a krónikus betegségek gondozásáé a fő szerep, mely az ellátórendszer különböző szintjein átívelő, folyamatos, komplex ellátást feltételez, a betegutak racionalizált irányításával. Erre a paradigmaváltásra a finanszírozási allokációs mechanizmusok a mai napig nem reflektálnak. A magyar egészségügyben ugyanis a finanszírozás nem a beteget követi, hanem a vázolt makro-, mezo- és mikroallokációs forráselosztás révén a korábban kialakult egészségügyi kapacitásokat tartja el.

Nagyteréségi koncepció, mint új rendszermodell

Az egészségügyi kormányzat az „Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére” című vitaanyagában közzétett, 2011-től aktuális közép- és hosszú távú ágazati stratégiája egy új rendszer modellre épít, melynek fókuszában a betegút szervezési funkció és az ellátórendszer strukturális átalakítása áll – célul tűzve a területi ellátási egyenlőtlenségek mérséklését és az ellátó intézmények közötti funkcionális integrációt.

Ennek érdekében országos központtal és területi egységekkel új intézmény áll fel: a hazai egészségügy alapintézményei így a Nemzeti Erőforrás Minisztérium felügyelete alatt működő Állami Egészség-szervezési Központ és területi egységei, a Nagyteréségi Egészség-szervezési Igazgatóságok lesznek. A betegút szervezés, kapacitás átrendezés, valamint az ellátó intézmények koordinációja szerepel fő feladataik között. Az új rendszer az országot 8 területi integrációs egységre osztja, 1 000 000 – 1 100 000 lakossal, mely területi beosztás nem követi a közigazgatási határokat, sokkal inkább az egészségügyi ellátás szervezhetőségének szempontjait követi. A tervek szerint az Igazgatóságok a nagyteréségen belül elhelyezkedő egészségügyi ellátók képviselőiből

létrejövő konszolidációs, struktúraátalakítási munkacsoportokkal tartanak kapcsolatot és dolgozzák ki a helyi struktúraátalakítási programot.

A terv nagyterrségi ellátórendszereket hozna létre, amelyek a ma is használt betegutak mentén működhetnének. Az elképzelések szerint a kijelölt területi egységbe tartozó kórházak, szakrendelők és alapellátó intézmények funkcionális integrációja révén jelentős megtakarítás volna elérhető a közös gyógyszer-, élelmiszer-, kötszer- és energia beszerzésekkel. A Semmelweis Terv első olvasatából fakadó értelmezéssel ellentétben a nagyterrségi szakmai központoknál nem feltétlenül egyetlen intézmény kerülne meghatározásra a kormányzati kommunikáció szerint, hanem az intézmények közötti racionális munkamegosztásra építene a rendszer. A nagyterrségi szakmai központ és a nagyterrségi intézmény egy térségen belül nem is minden esetben esne egybe.

7.3. Az egészségügyi ellátás szintjei

Az ellátás minden szintjén napjainkra egyre élesebben elkülönül a sürgősségi ellátás és a programozható (nem sürgős) ellátás.

7.3.1. Az alapellátás

88. § (1) A beteg lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától, betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.

A háziorvosi ellátás

Háziorvosi szolgálattá alakították át az addigi körzeti orvosi rendszert 1992-ben, mely megteremtette a szabad orvosválasztás alapját hazánkban. Minden európai egészségügyi rendszer kulcsszereplője a lakosság közelében elérhető „általános orvos”. A gyors, közvetlen segítséget nyújtó, a mentést vagy betegszállítást elrendelő, a betegeket szakorvoshoz, kórházba irányító, a könnyebb betegeket járóbetegként vagy otthonukban

kezelő, életmódtanácsokat adó orvosok felé sokfajta elvárás fogalmazódik meg. A család támaszától a betegbiztosítás kapuőréig terjed a szerepe, miközben a tudomány fejlődése (pl. modern diagnosztika és konzílium nélkül ma már alig lehet dolgozni) és a társadalom átalakulása (pl. városiasodás, idősödés) tőle is állandó alkalmazkodást követel. Az egészségügyi reformok is érintik, teljesítményelvű finanszírozásban részesül, de több országban egyedi gyógyító teljesítményeket is elszámolhat. A területi ellátási kötelezettséggel önálló orvosi tevékenységet végző orvosok között bevezetésre került 2000-ben a működtetési jog, mely alapján csak személyesen folytathatja az orvosi tevékenységet az orvos és egy orvosnak csak egy működtetési joga lehet, de az megilleti az örököst, ha minden feltételnek megfelel.

Magyarországon – miközben az orvosra valamennyi egészségügyi reformban számítanak – menedzselésük az elmúlt évtizedben kritizálható. Feladataik pontosításra, terhelésük arányosításra, ügyeleti feladataik gyökeres megoldásra, jövedelmeik egy része kifehérítésre vár.

A háziorvosi ellátás finanszírozása

A háziorvosok bevételeik kb. 75%-át a hozzájuk bejelentkezett lakosok után számolt (a korral és a háziorvos szakképzettségével korrigált) fejkvóta alapján kapják (Orosz és Burns, 2000). A részleges fejkvóta alapú finanszírozás sajátossága, hogy a háziorvos a hozzá bejelentkezett lakosok számára nyújtott ellátásért kapja a finanszírozást, azaz a finanszírozás szempontjából a háziorvoshoz bejelentkezett egyének száma a meghatározó. Ez kettős motivációt eredményez: egyfelől a bejelentkezett lakosok számának növelése a cél, (melyet a finanszírozásba beépített fék valamelyest korlátoz: - 2400 pont/praxis felett a finanszírozás már degresszív), másfelől a felmerülő költségek és egyéb ráfordítások (pl. időbeni ráfordítások) mérséklését. A részleges fejkvótás allokáció nem teremti meg az allokációs hatékonyság peremfeltételeit. Egyrészt jóformán csak a praxis üzemeltetési költségeit fedezi, másrészt a betegek elirányítására, szakorvoshoz való továbbküldésére sarkall (Boncz és mtsai, 2004). A szakellátásba történő indokolatlan átléptetés aránytalan költségnövekedéshez vezet (Woolf és mtsai, 2004), ugyanazon ellátás költsége a járóbeteg szakellátásban kétszerese, a fekvőbeteg szakellátásban pedig négyszerese az alapellátás szintjén megvalósuló ellátás költségeinek (Blomqvist és Léger, 2005). Ezek alapján nem lehet eléggé hangsúlyozni az egészségügyi ellátó tevékenységen belül az alapellátás szintjén nyújtott

betegségmegelőzést célzó szolgáltatások és az egészségproblémák megfelelő (szükséges és elégséges) progresszivitási szinten történő ellátásának fontosságát.

Az OECD egy 2000-ben megjelent tanulmánya szerint annak ellenére, hogy Magyarországon a körzeti orvosi rendszert háziorvosi szolgálattá alakították át, a háziorvosok tevékenysége továbbra is elsősorban vényírásra és beutalásra korlátozódik (Orosz és Burns, 2000). Minden, a háziorvos által kezdeményezett tevékenység többletköltsége a fejkvótából származó bevételt terheli (pl. a hosszabb rendelési idő miatt megemelkedő bérköltség, a szűrések szervezése), így egyértelmű, hogy a jelenlegi finanszírozás az alapellátás szintjén nyújtott definitív ellátás és a betegségek megelőzését célzó programok, tevékenységek ellen hat.

A részleges fejkvótás finanszírozás révén eltűnik az allokációs hatékonyságra való ösztönzés, mivel a finanszírozott ellátások spektrumának a praxisban folyó tevékenységekre való korlátozása nem teremti meg a háziorvos érdekeltségét az ellátási szintek közti allokáció optimalizálásában.

A házi gyermekorvosi ellátás

Magyarország városaiban hozzáférhető ellátási forma, átmenet az alapellátás és a járóbeteg szakellátás között, erős gondozási profillal. Sajnos vidéken, a ritkábban lakott területeken nincs jól megszervezve, ezért nem tagadható a színvonalkülönbség a felnőttek és a gyerekek ellátása között bizonyos területeken.

A fogorvosi ellátás

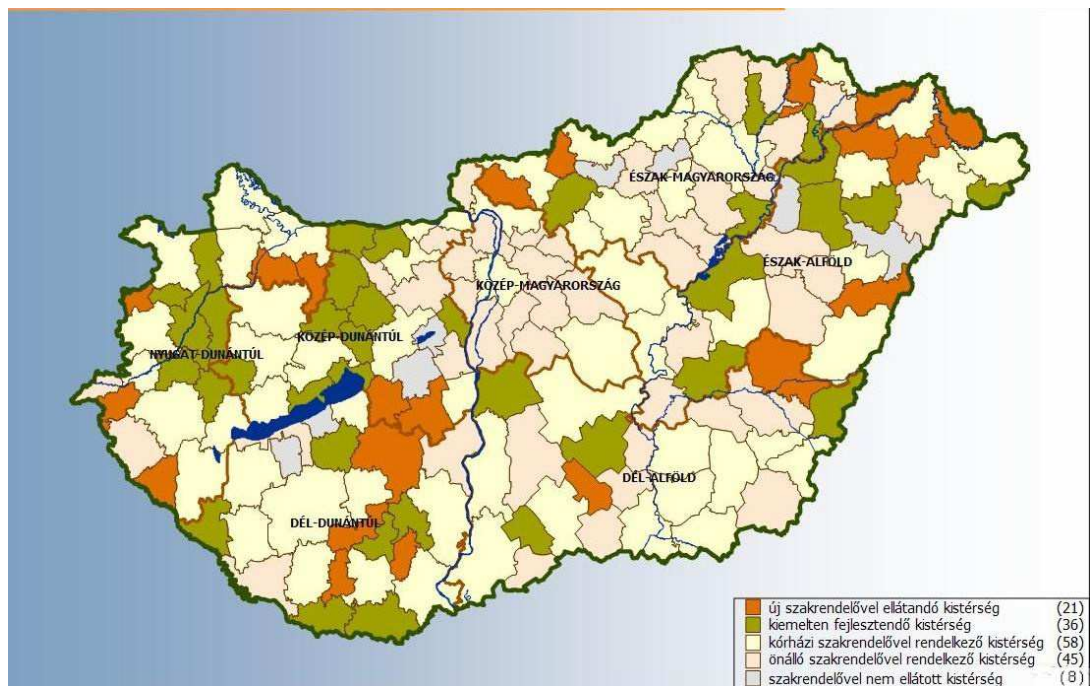
Korábban az alapellátás szoros szereplője volt. Az elmúlt évtized reformjai fellazították a szerepét. A „Bokros csomag” csökkentette a támogatásokat (később ezek egy részét korrigálták), de a lakosság egy jelentős része „elszokott” a rendszeres igénybevételtől és ez pl. a hazai szájúregi rákok statisztikáján sajnos meglátszik.

Valószínűleg a háziorvoshoz hasonló szabályozás és érdekeltség hozna számottevő népegészségügyi eredményt a lakosság szájhigiénéje területén.

7.3.2. Járóbeteg-szakellátás

89. § (1) Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően (a továbbiakban: lakóhelyének közelében) kell biztosítani. (-)

A társadalombiztosítás illetve az állami egészségügyi szolgálatok fejlődése során a két világháború között egyre több olyan beteg ellátása vált szükségessé, akiknek nem volt elég az alapellátás, de nem volt szükségük a drága kórházi felvételre se. Eleinte és elsősorban városokban alakultak ki a többszakmás járóbeteg rendelőintézetek. Már a kezdetektől látszik a koncepcionális bizonytalanság, amely több mint 80 éve tart. Alapvető kérdés, hogy mi a helyesebb: kórházzal egybeépíteni, integráltan működtetni, vagy önállóan, betegellátó nagyüzemként még közelebb vinni a lakossághoz. Ez utóbbi markánsan megjelent a Kelet-Európában évtizedekig uralkodó „Szemaskó modellben”. Más példát is felhozva: a német szakorvosok harca a „Hartmann szövetségben” (napjainkra: kassza-orvosi szövetség) kivívta, hogy programozható járóbeteg szakellátást évtizedeken át csak a „letelepedett szakorvosok” nyújthattak, kórházakban csak sürgősségi ellátást és konzíliumot lehetett végezni. Magyarországon a járóbeteg-ellátás azonban egyre inkább összekapcsolódik a fekvőbeteg szakellátással, azaz a járóbeteg szakrendeléseket döntő részben a kórházak működtetik (22. sz. ábra). A járóbeteg szakellátás finanszírozása a német egészségügyi rendszerből átvett, tevékenységhez rendelt pontszámban kifejezett teljesítményfinanszírozás alapján történik a nagyértékű képalkotó diagnosztika /*CT*, *MRI* / esetén is. Ennek során a vizsgálatok és beavatkozások egyes fajtáira állapítanak meg pontértéket, melyek az egyes tevékenységek közti költség-arányokat tükrözik.



22. sz. ábra: Járóbeteg szakellátás Magyarországon (Kincses, 2007).

7.3.3. Fekvőbeteg-szakellátás

91. § (1) Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele külön jogszabályban foglaltak szerint a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik.

(2) az (1) bekezdés szerinti ellátás lehet

- a) folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás, beleértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is.
- b) az a) pontban foglalt céllal, meghatározott napszakokban történő ellátás
- c) olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő

alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított.

92. § (1) A 91.§ szerinti ellátás mellett az egyes speciális diagnosztikai és terápiás hátteret, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra – a külön jogszabályban foglaltak szerint – speciális fekvőbeteg szakellátást kell működtetni. (-)

A szakorvosi ellátás sajátos formája a kórházi ellátás, ahol a diagnosztikus és terápiás szolgáltatások hotel-környezetben történnek. A lakosság (a betegek) szükségletei, az orvostudomány és technológia fejlődése a kórházak fejlődésén, átalakulásán is lemérhető. Az antibiotikumok felfedezése előtt pavilonrendszerű kórházakat létesítettek, kb. egy szakma - egy épület alapon. Az elmúlt ötven évben a kórházügy fejlődése már a korszerű vállalatszervezés (az informatika széleskörű használata, üzemgazdasági hatékonyság, logisztikai rendszerek, minőségbiztosítás-minőségirányítás) tapasztalatainak figyelembevételével alakult. Építészetileg a tömbkórház nyújthatja a legmegfelelőbb struktúrát a hatékony ellátáshoz, de ezen belül jól elkülönülő funkcionális egységeket találunk: sürgősségi betegfelvétel, diagnosztika, intenzív ellátás, műtőrendszer, ápolási egységek.

A XX. század közepéig a legnagyobb probléma a kórházak megközelíthetősége (a betegek szállítása) volt, ezért a fejlett országokban (viszonylag sűrűn lakott területeken) 20-30 km-ként építettek egy kórházat. A motorizáció és a kommunikáció fejlődése (egészen a helikopteres mentés-betegszállításig) ezt a követelményt jelentősen befolyásolja. A másik kérdés a szakmai és gazdasági hatékonyság köré csoportosítható. Csak elegendő számú beteg indokolja a kórház, benne egy adott szervezeti egység (pl. osztály) fenntartását és ezt a követelményt az általánossá vált teljesítményelvű finanszírozás gazdasági oldalról erősíti.

Napjainkra a kórházi struktúra a következő sajátosságokat mutatja:

- Városi kórházak: lakosság közeli ellátás 50-150 ezer fő számára, néhány „alap” szakma területén (klasszikusan: belgyógyászat, sebészet, szülészeti-nőgyógyászat, gyermekgyógyászat). A morbiditási viszonyok és a demográfiai

változások következtében számos városi kórházban megszűnt a gyermekgyógyászati ellátás (nincs elegendő számú hospitalizálandó beteg gyermek), napjainkban pedig hasonló sorsra jut a szülészeti osztályok egy része is és már elkezdődött a szakmai vita arról, hogy programozható sebészeti ellátást (pl. emlőrák műtétek) szabad-e akkor is végezni, ha az éves esetszám alacsony (elégtelen orvosi gyakorlat) és a környezeti feltételek (szövettan, kemoterápia, sugárterápia) is hiányosak. A kis kórházak további gondja, hogy üzemszerű folyamatos működtetésükhöz nagyobb létszámú személyzetre volna szükség, mint amit képesek eltartani. Napjainkra körvonalazódik a városi kórházak átalakulásának programja, az aktív ellátás helyett a krónikus betegek gondozása, rehabilitációja és ápolása kerül tevékenységük középpontjába.

- Megyei Kórházak: képesek nagyobb létszámú beteg, sok szakterületen végzett befejezett (definitív) ellátására. 150-500 ezer lakos a felvevő területük és folyamatosan képesek sürgősségi ellátást nyújtani.
- Regionális központok – Felsőoktatást is végző egészségügyi szolgáltatók (orvostudományi centrum, klinikai központ): teljes körű szakellátást nyújtanak, beleértve a szívsebészeti, idegsebészeti, égéssebészeti, gyermeksebészeti, transzplantációs és komplex onkológiai ellátást valamint a ritka betegségek diagnosztikáját és terápiáját. A regionális központok a felvevő területükön megyei és városi kórházi funkciókat is ellátnak.

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről szóló 60/2003. ESzCsM rendelet szabályozza a különböző progresszivitási szinten ellátható tevékenységeket. Magasabb személyi és tárgyi feltételeket igénylő beavatkozásokat csak II. vagy III. ellátási szinten végezhető. Számos esetben szabályozva van éves minimális műtéti esetszám is.

- Szakkórházak, országos intézetek: néhány népegészségügyi szempontból fontos betegség kezelésére, szervezési – módszertani kérdések megoldására létesültek (TBC, /kardiológiai, mozgásszervi/ rehabilitáció, kardiovaszkuláris, onkológiai, traumatológiai stb. területeken). Távlati sorsuk az átalakuló egészségügyi rendszerben még nem prognosztizálható.

- Hosszú idejű ápolási szolgáltatások, amelyeket ma még többnyire kórházak egységeiben végeznek, vagy az otthoni szakápolás formájában. E területen gyors fejlődés várható, az aktív betegellátástól markánsan leváló ápolási intézmények létrejötte prognosztizálható, amelyek a környezetükben az ápolás részleges (részidős, nem bentlakásos), vagy epizódszerű formáit is képesek lesznek megvalósítani. (2006. évi CXXXII. törvény)

Speciális ellátási forma az egynapos sebészeti ellátás. Ennek keretén belül az ellátást követő néhány órás megfigyelés után a beteg otthonába bocsátható. Ezen ellátási formát fekvőbeteg intézmények és fekvőbeteg intézményi háttérrel nem rendelkező járóbeteg intézmények is végezhetik.

A folyó kiadásokat az egészségügyi szolgáltatók esetében az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (közismert rövidítésben az OEP) finanszírozza, amely azonban nem tartalmazza az amortizáció fedezetét. A tulajdonosok (kórházak esetében elsősorban az önkormányzatok, egyetemi klinikák és országos intézetek esetében az állam) az egészségügyi szolgáltatók esetében a tőkekiadásokat fedezik. A fekvőbeteg szakellátás finanszírozása is teljesítmény elvű, mely a Homogén Betegség Csoport (HBCs) besorolási rendszerén alapul.

A teljesítmény alapú finanszírozás elszámolás szabályai az 1993. évi bevezetést követően többször is változtak. Az utóbbi évek legjelentősebb változása a teljesítmény-volumenkorlát 2004. évi bevezetése volt, mely az aktív fekvőbeteg-ellátás mellett a járóbeteg-ellátást is érintette.

Összegezve elmondhatjuk, hogy Magyarországon a korábban tárgyalt általános tendenciákon túlmenően az egészségügy kínálati potenciálját, illetve az ellátások igénybevételét fokozták a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási rendszeréből (ami egy (részleges) fejkvóta alapján bázisfinanszírozott alapellátásra ráépülő retrospektív, teljesítmény finanszírozott járó-és fekvőbeteg szakellátó rendszer) fakadó ösztönzők is. Az alapellátás részleges fejkvóta szerinti finanszírozása ugyanis a beteg definitív ellátásával járó közvetlen költségek minimalizálására, azaz a beteg magasabb progresszivitási szintre utalására, így a költségek továbbhárítására ösztönöz. Ez a teljesítmény fokozásában érdekelt – elsősorban - fekvőbeteg szakellátás túlméretezett

fogadóképességével párosulva szétfeszítette/feszíti a rendelkezésre álló kereteket. Megvizsgálva az egészségbiztosítási alap költségvetését jól látható, hogy 2002-2007 időszakban is az aktív fekvőbeteg ellátás túlsúlyával jellemezhető a magyar egészségügyi betegellátó rendszer. (10. sz. táblázat).

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Háziorvosi, háziiorvosi ügyeleti ellátás (MFt)	45 453 ¹	58 106 ²	60 222 ³	62 933 ⁴	63 355 ⁵	72 377 ⁶
Járóbeteg szakellátás (MFt)	729 23 ¹	96 529 ²	103 475 ³	108 576 ⁴	91 454 ⁵	90 030 ⁶
CT MRI (MFt)	8 492 ¹	10 735 ²	10 669 ³	11 119 ⁴	11 939 ⁵	12 115 ⁶
Fekvőbeteg szakellátás* (MFt)	294 576 ¹	293 426 ²	370 689 ³	395 156 ⁴	na	382 721 ⁶
-aktív fekvőbeteg szakellátás (MFt)	248 249 ¹	265 142 ²	332 616 ³	354 149 ^{4,7}	361 969 ⁵	314 991 ⁶
-krónikus fekvőbeteg szakellátás (MFt)	28 035 ¹	28 284 ²	38 073 ³	40 528 ^{4,7}	41 781 ⁵	42 527 ⁶
**teljesítmény alapú finanszírozás						

	2 002	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007
Járóbeteg szakellátás						
-betegszám	na	na	27 966 468 ⁴	29 012 406 ⁴	28 548 157 ⁵	na
-esetszám	na	na	56 748 567 ⁴	59 057 208 ⁴	60 314 546 ⁵	62 875 398 ⁶
beavatkozások száma	na	na	162 410 428 ⁴	181 705 541 ⁴	192 352 404 ⁵	293 349 129 ⁶
egy esetre jutó pontszám (éves átlag)	na	na	1 120 ⁴	1 202 ⁴	1 391 ⁵	1 149 ⁶
átlagos elszámolt pontszám/díj	na	na	na	na	1,24 ⁶	1,33 ⁶
Aktív fekvőbeteg szakellátás						
Ágyszámok	61 256 ¹	61 256 ³	60 469 ³	60 469 ⁴	59 923 ⁵	44 441 ⁶
Esetszám	2 493 416 ¹	2 420 758 ²	2 450 962 ³	2 514 391 ⁴	2 552 133 ⁵	2 214 642 ⁶
Ápolási nap	17 912 663 ¹	17 588 953 ²	17 223 998 ³	17 135 236 ⁴	16 405 457 ⁵	13 314 226 ⁶
Súlyszám összeg	2 490 447 ¹	2 653 273 ²	2 622 957 ³	2 668 021 ⁴	2 655 571 ⁵	2 328 547 ⁶
Ágykihasználtság	na	na	0,78 ⁴	0,78 ⁴	0,75 ⁵	0,70 ⁶
Krónikus fekvőbeteg szakellátás						
Ágyszám	19 173 ¹	19 401 ³	19 458 ³	19 458 ⁴	20 244 ⁵	27 163 ⁶
Ápolási nap	5 826 961 ¹	5 883 890 ²	5 989 182 ³	6 004 624 ⁴	6 085 178 ⁵	6 454 582 ⁶
DMI*	1,4 ¹	1,37 ²	1,51 ³	1,68 ⁴	1,58 ⁵	1,27 ⁶
* az ápolási nap és a súlyozott ápolási nap hányada						

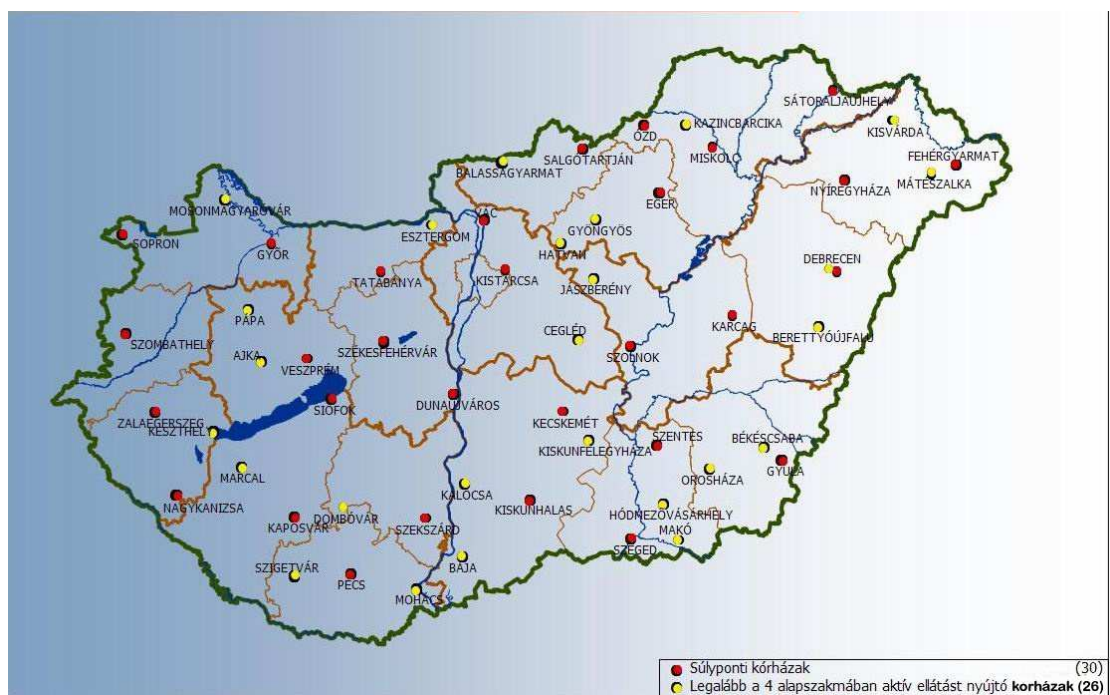
10. sz. táblázat: Az egészségügyi ellátórendszer főbb mutatói (Bíró és mtsai, 2011a).

1. forrás az egészségbiztosítási alap 2002. évi költségvetésének végrehajtása
2. forrás az egészségbiztosítási alap 2003. évi költségvetésének végrehajtása
3. forrás az egészségbiztosítási alap 2004. évi költségvetésének végrehajtása
4. forrás az egészségbiztosítási alap 2005. évi költségvetésének végrehajtása
5. forrás az egészségbiztosítási alap 2006. évi költségvetésének végrehajtása
6. forrás az egészségbiztosítási alap 2007. évi költségvetésének végrehajtása
7. az egészségbiztosítási alap 2005. évi költségvetésének végrehajtásában szereplő átlagos havi kifizetésből számolt érték
8. az egészségbiztosítási alap 2007. évi költségvetésének végrehajtásában szereplő elszámolt pont és esetszámból számolt érték

Ebben a rendszerben az alapellátás részleges fejkvótás finanszírozását kivéve, a járó és fekvőbeteg ellátásban a finanszírozó viseli a pénzügyi kockázatot, hiszen a szolgáltatók által lejelentett teljesítmény finanszírozása iránti elkötelezettsége miatt csak követni tudja a kiadásokat.

Európa országaiban az egészségügyi rendszerek színes képet mutatnak aszerint, hogy az adott országban több vagy egy biztosítós egészségügyi rendszer működik, van-e állami és/vagy területi önkormányzati rendszerhez kötött adóalapú egészségügyi rendszer.

2007 év elejétől új meghatározás jelent meg a kórházi rendszerben: a súlyponti kórház fogalma (23. sz. ábra). A német szervezési irodalomból átvett tükörfordítás (Schwerpunkt-Krankenhaus) olyan intézményt takart, amelyik folyamatosan, nagy teljesítményre képes, különös tekintettel a sürgősségi ellátásra. A kormány hosszú egyeztetés után 38 intézményt jelölt ki erre a célra. A súlyponti kórház megnevezés 2011. január 1-től megszüntetésre került.



23. sz. ábra: A kiemelt kórházak és az alapszakmákat nyújtó kórházak elhelyezkedése vidéken (Kincses, 2007).

A magyarországi kórházi struktúra az elmúlt évtizedekben nem tükrözte mértani pontossággal a fenti didaktikus leírást, de fontosabb elemeiben megfelelt annak.

1990 előtt a szűkös anyagi lehetőségek, a kijárásos rendszer, a politikai voluntarizmus akadályozták egy területileg igazságos ellátást lehetővé tevő rendszer kialakítását. Később a 4 évenként változó kormányzati ciklusok, a gazdasági átalakulás forrásszükséglete az egészségügyet mindig rosszul érintette, intézményfejlesztési távlati tervről országos méretben nem beszélhettünk. Egy ilyen „masterplan”, kormányzati ciklusokat átívelő szakmai terv alapvető lenne napjainkban, amikor az Európai Unió felzárkóztatási támogatásával szinte a teljes intézményrendszer korszerűsíthető lenne (Gulácsi, 2005). Ezt a helyet próbálja kitölteni a Kormány által elfogadott Semmelweis Terv.

Progresszív betegellátás: definíciója látszólag egyszerű, a beteget az állapotának (a szükségletének) megfelelő szinten, ellátó helyen kell ellátni.

Két „vonala” van: a sürgősségi és a programozható ellátás. Ezek gyakran „átmennek” egymásba, a sürgősnek látszó szükséglet kivizsgálás után besorolható a programozható (nem krónikus!) vonalra, míg a programozható beteg(ség) akuttá válhat (lásd: jelzett koronária tünetek hirtelen infarktusként való megjelenése stb.).

Kulcshelyzetben (mindkét vonalon) van a betegeket közvetlenül észlelő háziorvos és a sürgősségi szolgálat, amely ma lehet háziorvosi ügyelet, vagy mentőszolgálat (legelőnyösebb a kettő kombinációja, ami az ország egyes területein már működik) (2006. évi CXXXII. törvény).

Az akut beteget viszonylag egyszerű a progresszív ellátás megfelelő szintjére juttatni, mert gondjai ellenére működő, egységes rendszerű mentőszolgálattal rendelkezünk, amelyhez az intézménytulajdonos önkormányzatok által az ÁNTSZ közreműködésével és ellenőrzésével (felelősségével) működő kórházi ügyeleti sürgősségi rendszerbe (fogadóhelyre) juttatja a beteget, közben szakszerű életmentést és egyéb procedúrát végezve. Ha a beteg definitív ellátásához a progresszív ellátás magasabb szintje szükséges, akkor életfunkcióinak stabilizálása után szállítható – pontosan megtervezett szakmai feltételek mellett a megfelelő ellátó intézménybe. Ezt a rendszert, amely a mentők roham- és esetkocsi kapacitásán alapul, kitűnően egészíti ki a MICU (mobile intenzív care unit- lényegében mozgó intenzív osztály) és a rendszerbe állított nagy teljesítményű mentőhelikopterek hálózata.

A stabil állapotú vagy krónikus beteg esetén a háziorvosnak meg kell határoznia, hogy a betegellátás melyik szintjén kell folytatni az állapotának (betegségének) megfelelő ellátást. Ehhez diagnosztika (labor, képalkotó) igénybevételére lehet szükség, illetve a

járó vagy fekvőbeteg ellátás szakorvosát (intézményét) konzílium formájában meg kell keresni a házi orvos kompetenciáját meghaladó kérdésekről.

A szubszidiaritás fogalma Magyarországon kevésbé ismert és használt, pedig az egészségügyi ellátás igénybevétele meghatározásához is szükséges. Azt jelenti, hogy a beteg állapotának megfelelő, szükséges ellátást lakóhelyéhez legközelebb, a szükséges és elégséges legalacsonyabb szinten kell nyújtani. Különösen fontos a szubszidiaritás elve olyan rendszerekben, ahol a költségeket nem a beteg viseli, hanem azt közpénzből (társadalombiztosítás, költségvetés) finanszírozzák. Például egy járó betegként ellátható egyszerű csuklótörés miatt nem lenne szabad kórházba fektetni a beteget. Azonban az elmúlt időszakban bevezetett teljesítményelvű finanszírozás a szubszidiaritás elvét erősen felülírta, mivel a helyi anyagi érdekek nyomása (adott eset HBCS-ben történő elszámolása) erősebb volt a szakmai érveknél és a közérdeknél, s ez sok torzulást okozott az ellátó rendszerben (Kornai és Eggleston, 2004b).

Összességében elmondhatjuk, hogy a jelen rendszer konstrukciós hibájának tekinthető az, hogy a rendszer feladata a progresszív ellátás korlátozása, miközben az alapszintű ellátás kifejezetten ellenérdekelt a jó színvonalú ellátásban, ami egyébként a legközvetlenebbül befolyásolja a lakosság egészségi állapotát. Ebből kiindulva a rendszer strukturális reformjának elengedhetetlen eleme progresszivitás különböző szintjein érvényesülő negatív hatások kiküszöbölése, hiszen hiába történik változás a progresszivitás magasabb szintjein, ha az ellátórendszer alapját képező alapellátásban nem küszöbölik ki az alapvető problémákat.

A hazai egészségügyi rendszer struktúra korszerűsítésének kulcskérdése lesz a szolgáltató rendszer újraszabályozása, ennek megfelelő fejlesztése.

E nélkül a tervezett új biztosítási rendszer „sötétben fog bolyongani” és elveszíti azt a történelmi előnyét a magyar egészségügynek, hogy rendkívül dinamikus tudta követni az orvostudomány fejlődését, miközben elosztórendszerként meglehetősen rosszul, igazságtalanul működött. Most az Európai Unió külön figyelmet fordít az elmaradott térségekre, így ki kellene használni a történelmi esélyt és a modernizálás mellett hozzáférhetőség szempontjából is ki kellene egyensúlyozni az egészségügyi ellátó rendszerünket.

Irányított betegellátás: meg kell említeni, hogy egy ilyen bonyolult szerkezetű, közel ötven (!) diagnosztikus és terápiás szakterületet (disciplina) működtető egészségügyben a beteg számára rendkívül fontos a folyamatos segítő tanácsadás, vezetés. A sürgősségi lánc, ha jól meg van szervezve ezt különösebb mérlegelés nélkül biztosíthatja (ha nem ezt teszi, az nagyon veszélyes), viszont a programozható ellátást meg kell szervezni. Tegyük hozzá, az idősebb embereknek nemritkán több betegségük, vagy azonos alapbetegség szövődményei bonyolítják az ellátását. Ezek miatt alakul úgy a fejlett országok szakellátó (fekvő és járó) struktúrája, hogy előnybe részesítik a nagyobb, sok szakmás, erős diagnosztikai háttérrel rendelkező intézményeket, ahol az idősebb, több betegséggel is küszködő emberek is hatásosan és hatékonyan gyógyíthatók. Egyedi betegmenedzselést kell kialakítani, elsősorban és ideálisan az alapellátásban. Ehhez új szemlélet, jó szabályozás és finanszírozás (érdekeltség), szakmai környezet, információ-technológiai segítség szükséges.

Erre már volt egy sajátos kísérlet Magyarországon (IBR Irányított Betegellátási Rendszer). Az IBR az amerikai és brit rendszerek szintéziséből keletkezett irányított betegellátási rendszer, mely mára csak történelmi jelentőséggel bír Magyarországon. Tekintettel arra, hogy az IBR kísérletet tett a fejkvótás finanszírozáson alapuló betegellátásra, az alábbiakban röviden bemutatásra kerül a rendszer. A rendszer célja a kiadások féken tartása érdekében, a szakmailag indokolatlan egészségügyi ellátás igénybevételének minimalizálása úgy, hogy a betegellátás színvonala a folyamatok eredőjeként mégis javuljon. A magyar Modellkísérlet keretén belül elindult IBR – az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) pályázati dokumentumai értelmében – a rendelkezésre álló erőforrások költség-hatékony felhasználását tűzte ki célul úgy, hogy az érintett lakosság a korábbival azonos vagy annál magasabb szintű egészségügyi ellátásban részesüljön. Az IBR ebben a megfogalmazásban tehát egy kvázi forrásallokációs eszközként funkcionált. Célja az ellátás szervezőjének érdekeltségi rendszerét úgy megteremteni, hogy a hozzá tartozó lakosság a definitív ellátásból a lehető legköltséghatékonyabb rész- és rendszerfolyamatok működtetése útján részesüljön, azaz az egyes ellátási szinteken és az ellátási szintek átjárása során is az indokolatlan igénybevétel minimalizálódjon. Az IBR-ben tehát kísérletet tettek az allokációs hatékonyság fokozására a korábbi mezoszintű forrásallokáció decentralizálásával és az ellátásszervező érdekeltségi rendszerbe helyezésével. A gyakorlatban azonban ez a cél nem valósult meg, ami az IBR elhalásához vezetett. Az

Irányított Betegellátási Rendszer 1999 és 2008 között működött. 2006-ban a szervezők mintegy 2,3 millió fő lakos ellátására köthettek szerződést. A rendszer működésében már 2006-ra nyilvánvaló elégtelenségek alakultak ki, a kifizetések alapjául szolgáló – betegút követésen alapuló - ellátás-szervezési tevékenység ellehetetlenült (Egészségbiztosítási Alap 2006. évi költségvetésének végrehajtása, 2006b). Emellett bebizonyosodott, hogy a megtakarítások nem feltétlenül az ellátás-szervezési tevékenységből erednek, ugyanis ezek az ellátásszervezők jellemzően az átlagosnál kedvezőbb igénybevételi szokásokkal rendelkező területen jelentek meg. Ezáltal az IBR kivonta magát az általános kockázatközösség alól –egy kedvezőbb kockázatközösséget kialakítva és önmagát (azaz az ellátásszervezőt) a rendszeren kívül maradt személyek egészségügyi ellátására fordítható összegéből jutalmazva. Ez alapján az Állami Számvevőszék az IBR fenntartását nem tartotta elfogadhatónak, és 2009. március 31-ével az ellátásszervezők zárszámadásával az IBR megszűnt (348/2008. Korm. rend, 2008). Az ÁSZ mindazonáltal úgy vélte, hogy el kell gondolkodni azon, hogy miként lehetne az IBR előnyeit a rendszer fenntartása nélkül beépíteni az egészségügyi szolgáltatók működtetésébe (ÁSZ vélemény, 2007).

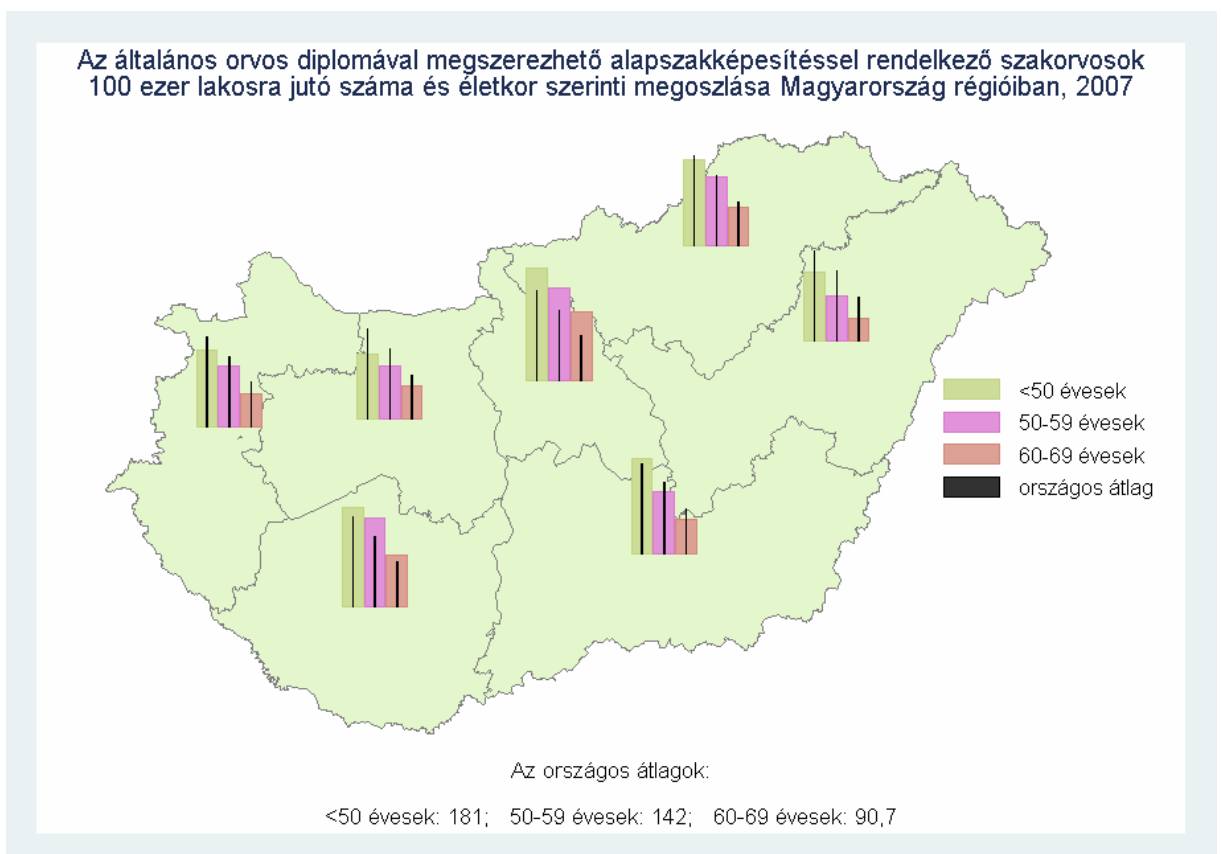
Minőségirányítási rendszer: hogyan lehet ezt a rendkívül bonyolult, drága rendszert kiegyensúlyozottan, hatásosan és hatékonyan, igazságosan és biztonságosan üzemeltetni? Ez a kérdés évtizedek óta felmerül a fejlett országokban, kiegészülve az orvostudomány és technológia fejlődésének követésével. A választ az erős fogyasztóvédelemmel rendelkező országokban az ipari minőségbiztosításból kifejlődött minőségellenőrzési, majd napjainkra minőségirányítási rendszerek adják. Ezek képesek önkorrekcióra, a betegek véleményének (elégedettség) figyelembe vételére, a betegutak optimális megszervezésére, a szakmai fejlődés követésére, a humán erőforrás képzésére és hatékony mozgatására.

7.4. Az egészségügy humánerőforrásának helyzete Magyarországon

7.4.1. Szakorvosi ellátottság

Mintegy egy évtizede, a rendszerváltás után hazai elemzők és nemzetközi értékelő csoportok egyetértettek abban, hogy Magyarországon túl magas a 10 000 lakosra jutó

orvos-létszám, ami a rendszer hatékonyságát rontó tényező. A „probléma orvoslását” a képzési keretszám csökkentésében vélték megtalálni. A jelenleg hatályos hazai jogszabályok, rendelkezések egybehangzanak azokkal az európai szabályokkal, amelyek értelmében egyik tagország sem képezhet több orvost, szakorvost, mint ahány az adott ország egészségügyi ellátása alapján indokolt. Az EU tagországok lakosságszámát, az ahhoz tartozó kórházi ágyszámot és orvos-létszámot arányítva Magyarországon ebben az esetben kb. 33 100 orvosnak kell lennie (ha nem vesszük figyelembe, hogy a lakosság rossz egészségi állapota relatíve nagyobb létszámot tesz indokolttá) (Muszbek és mtsai, 2004). Hazánkban a Nemzeti Erőforrás Minisztérium „Beszámoló az egységes egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoringrendszer adatai alapján az ágazati humán erőforrás 2010. évi helyzetéről” szerint 28 135 orvos és 4 940 fogorvos dolgozik aktívan.



24. sz. ábra: Az általános orvos diplomával megszerzhető alapszakképesítéssel rendelkező szakorvosok 100 ezer lakosra jutó száma és életkor szerinti megoszlása Magyarország régióiban (EEKH, 2007).

Fluktuáció

Egy évben körülbelül 800 fő válik inaktívvá (nyugdíjazás, elhalálozás, pályaváltás miatt) és eddig közel 700 orvos végzett az egyetemeken minden évben, a külföldre távozó orvosok száma szintén 800 fő körül van, így egyre több a betöltetlen munkahely az egészségügyben. A jelenlegi tendenciákat figyelembe véve a külföldre távozó orvosok hazatérési hajlandósága igen alacsony. (EEKH, 2007)

Migráció

2010 első félévében az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivataltól 753 egészségügyi dolgozó kért külföldön is elfogadott hatósági bizonyítványt. A legtöbb, 272 ember az Egyesült Királyságot jelölte meg célországként, 113 pedig Németországot, a harmadik helyen Ausztria áll, oda 71-en kértek igazolást. Franciaország, Olaszország, Svédország szintén a kedvelt célországok közé tartozik. A 2009. évi adatok szerint 1614-en nyújtottak be kérelmet, az igénylők közel harmada, 499-en választották az Egyesült Királyságot, Németországot 284, Olaszországot 147 és Ausztriát 146 kérelmező jelölte meg (EEKH, 2007).

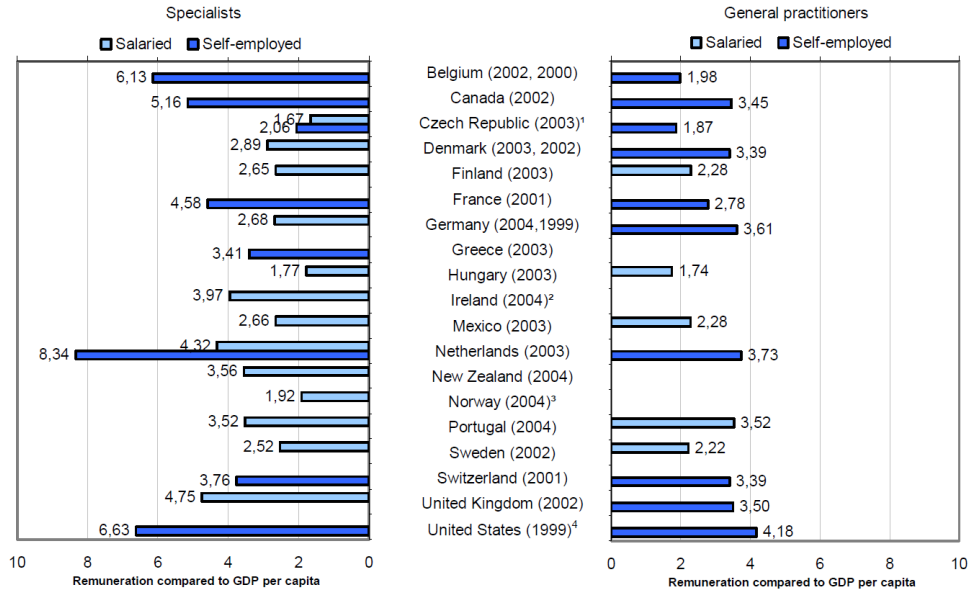
A külföldi munkavállalás kérdése olyan általános eleme a hazai rezidensek jövőképének, hogy a kérdőíves eredmények szerint közel kétharmaduk (budapesti rezidensek 63,7%-a) tervez külföldi munkavállalást (Eke és mtsai, 2007). A magyar egészségügyi viszonyokat olyannyira nem találják motiválónak, hogy a hosszabb-rövidebb elvándorlást tartják az egyetlen reális lehetőségnek, ha nem hagyják el a pályát. Még ha a hazai viszonyok között a mobilitási hajlandóság általában alacsony és az egészségügyi migrációs aktivitás a potenciálhoz képest csupán 10%, alapvető kérdések vetődnek fel az e hajlandóságot erősítő, ún. taszító erőkkel kapcsolatban, hiszen egy mérsékelt, ám egyes területekre koncentrálódott (aneszteziológia, radiológia, traumatológia, sebészet, háziórvostan, belgyógyászat- EEKH adatok) elvándorlás a rendszerből komoly strukturális nehézségeket okozhat (Eke és mtsai, 2007). A motiváló erők közül kiemelkedik az élhetőbb szakmai környezet biztosítása, az életkörülmények javítása és a kellő anyagi megbecsülés szerepe.

Az egészségügyi kiadásoknak nem csak a szintje, hanem a szerkezete és az egészségügy hatékonysága is hatással van a lakosság, a munkaerő egészségi állapotára, s ennek következtében a gazdaság versenyképességére. A fejlett országok az elmúlt évtizedben jelentős lépéseket tettek az egészségügy hatékonyságának növelésére. Valamennyi országban számottevően csökkent a magas fenntartási költségekkel járó kórházi ágyak száma, egyre inkább előtérbe kerültek az ambuláns és rövid beavatkozások, illetve a gyógyszeres kezelések, a műszeres beavatkozásokkal szemben. Ami ennél is fontosabb, a hangsúly áthelyeződött a megelőzésre, valamint a lakosság egészséges életmódra nevelésére (Palócz és mtsai, 2006).

Magyarországon ma még mindig sok a kórházi ágy (ennek megfelelően hosszú átlagos kórházi tartózkodással, hiszen a kórtermeket meg kell tölteni), sok orvossal és nagyon kevés ápolószeméllyel, a hatékonyabb egészségüggyel rendelkező országokhoz viszonyítva. Ez az összevetés a magyar egészségügy lassú alkalmazkodására utal, amely még mindig ragaszkodik a hagyományos gyógyítási körülményekhez (Palócz és mtsai, 2006).

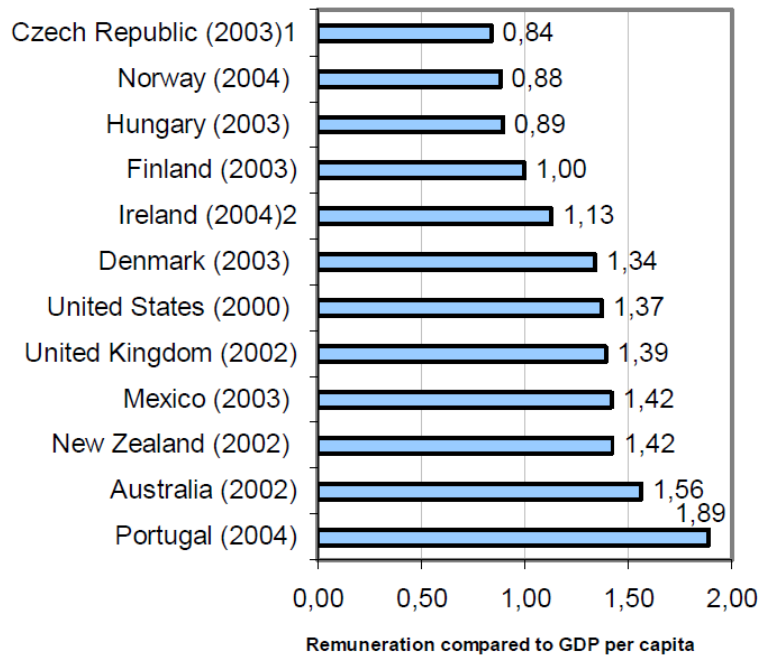
7.4.2. Bérezés

A reálértékben stagnáló, vagy egyes időszakokban csökkenő reálértékű finanszírozás ellenére nőtt a kórházi esetszám, egyre újabb és újabb eljárásokat, technológiákat sikerült rendszerbe állítani, amely a gyógyítás színvonalának egyértelmű javulását eredményezte. Ez a részleges hatékonyságjavulás azonban ahhoz is hozzájárult, hogy a kórházi szektor szinte változatlan struktúrában volt képes megőrizni méretét és felépítését (illetve az átalakulás olyan lassú, hogy adminisztratív beavatkozás vagy más jellegű ösztönzési rendszer nélkül még jó pár év kellene az igazán racionális és hatékony struktúra kialakulásához). Ez a részben látszat hatékonyság javulás, főként a humán erőforrásnak az alacsony béreken keresztüli folyamatos „kizsákmányolásán” (25., 26. és 27. sz. ábra), valamint a gép-műszer és az épület infrastruktúra jelentős részének felélésén, leamortizálódásán keresztül volt elérhető, amelynek a tartalékai a 2000-es évek elejére már teljesen kimerültek (Dózsa, 2004).

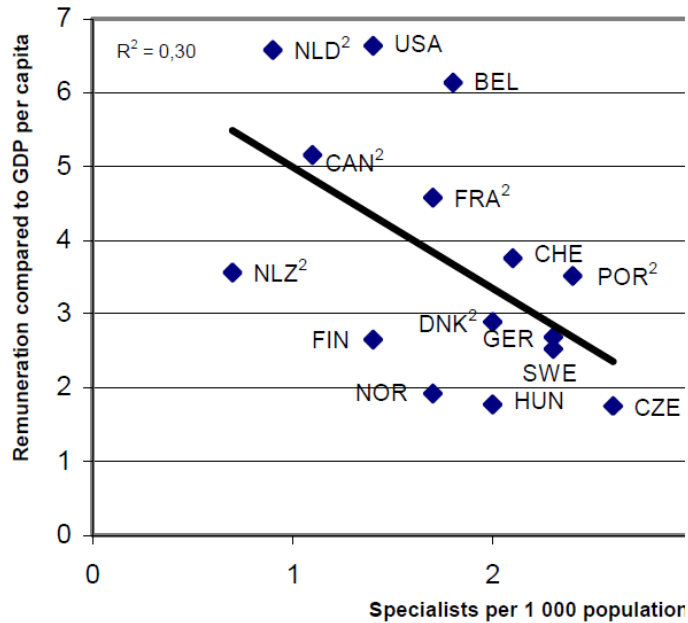


1. Salaried specialists in the Czech Republic also include general practitioners (GPs) working as employees (about 15% of all GPs).
2. Given that GDP per capita overstates the average income in Ireland, the ratio under-estimates the relative income of doctors.
3. Salaried specialists in Norway also include assistant doctors.
4. Data include both self-employed and salaried physicians (salaried physicians account for about one-third of all physicians).

25. sz. ábra: Orvos-keresetek nemzetközi összehasonlításban (Az 1 főre jutó GDP többszöröseként kifejezve) (Mihályi, 2006).



26. sz. ábra: A kórházi nővérek keresete nemzetközi összehasonlításban (Az 1 főre jutó GDP többszöröseként kifejezve) (Mihályi, 2006).



27. sz. ábra: A szakorvosok relatív keresete az orvos-ellátottság függvényében (Mihályi, 2006).

A legújabb felmérések szerint a magyar házi orvosok díjazása 1,4-szerese a hazai átlagfizetésnek, míg az Egyesült Királyságban az orvosok 4,2-szeresét viszik haza honfitársaik átlagbérének. A magyar szakorvosok másfélszer annyit vihetnek haza, ehhez képest holland kollégáik akár 7,6-szeresét is megkereshetik a holland átlagnak. Mondani sem kell, hogy ezzel az aránnyal mindkét esetben a magyar orvosok állnak a képzeletbeli dobogó „legfelső” fokán az OECD tagországai között (OECD, 2010b).

A KSH szakágazati bérstatisztika – amelyre Mihályi is hivatkozik (Mihályi, 2006) csak az egészségügyi ellátásban, teljes munkaidőben foglalkoztatott dolgozók, minimálisan 5 főt foglalkoztató munkahelyen, az adózás előtti és utáni keresetét veszi számításba. Ez jelentős torzítást okoz az orvosok keresetének megítélésénél, mert a házi orvosok, a gyermekorvosok és a fogorvosok elsősorban vállalkozói formában tevékenykednek. A Magyar Kórházszövetség egy felmérése szerint a kórházi orvosok 12,5%-a dolgozik vállalkozóként is. Emiatt az orvosok egy része kimarad a KSH bérstatisztikájából, főleg azok, akik viszonylag sokat keresnek. A fentiekből adódik, hogy az egészségügyben az orvosok napi 10–14 órás munkavégzéssel keresik meg jövedelmüket (Mihályi, 2006).

Természetesen a magyar egészségügyi dolgozók jövedelmi helyzetének lényeges javítása nem lehetséges az egészségügyi kiadások bővülése nélkül, amely azonban jelen költségvetési helyzetben nem reális forgatókönyv, még ha az egészségbe való befektetés bizonyítottan messze nagyobb hozamokkal kecsegtet, mint bármely más területen (Kollányi és Imecs, 2007a).

7.4.3. Közalkalmazotti „életpálya”

Az intézményhálózat elavult, aránytalan szerkezete, az ellátás biztonságát és minőségét veszélyeztető nővérhiány, a költség-hatékonysággal ellentétes magatartásra ösztönző finanszírozási módszerek, a várólisták növekedése, a kórházak eladósodása, az orvos-beteg kapcsolat radikális változása, és ezek együttes eredményeképpen az egészségügyi dolgozók körében tapasztalható kiégés, kilátástalanság és bizalomhiány mellett az elmúlt 20 év egyik legsúlyosabb öröksége az egészségügyben a hiteles, reális jövőkép hiánya és a torz jövedelemarányok fennmaradása (Orosz, 2010).

Az egészségügyi szolgáltatók, valamint az azokban dolgozó orvosok és más egészségügyi szakemberek meghatározó többsége még ma is költségvetési rendben gazdálkodó intézmények keretei között, közalkalmazottakra érvényes szabályok szerint működnek, mely egy látszólagos biztonságot nyújt, de jelentős mértékben korlátozza is az elérhető jövedelmet és a szabad munkaerő-áramlást (Molnár, 2007).

Megfigyelhető fő gyengesége a magyar egészségügynek a motivációhiányos munkavégzés: szakértelemben nincsen hiány, viszont a humánerő alulfinanszírozottsága esetenként a minőségi ellátás gátját jelentheti.

A közalkalmazotti bértábla

A közalkalmazotti pályán való előrehaladás lehetőségét az előmeneteli és illetményrendszer biztosítja. A közalkalmazottak illetményét besorolás alapján a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény határozza meg. Tíz fizetési osztályt állapít meg a jogszabály oly módon, hogy az egyes közalkalmazotti

munkakörök az ellátásukhoz jogszabályban előírt iskolai végzettség, illetve állam által elismert szakképesítés, szakképzettség, doktori cím, tudományos fokozat, valamint akadémiai tagság alapján fizetési osztályokba tagozódnak A-tól J-ig. A fizetési osztályokon belül pedig tizennégy fizetési fokozatot találunk, mely a közalkalmazotti jogviszonyban eltöltött időt kívánja „honorálni”.³

A mindenkori éves költségvetési törvényben található egy táblázat, amelyből kiszámítható az illetmény. Minden fizetési osztály első fizetési fokozatához tartozik egy-egy konkrét forintösszeg, a többi fizetési fokozathoz pedig egy-egy szorzószám. Az adott fizetési osztályhoz tartozó forintösszeg és a megfelelő fizetési fokozathoz tartozó szorzószám szorzata az illetmény összege.

Az illetményrendszer korszerűsítése azonban nem egyenlő a közalkalmazotti életpályarendszerrel. Ez az állami költségvetés függvénye. Az illetményrendszer ugyanis csupán egy eleme a közalkalmazotti státusznak. Bármiféle kiszámíthatóság a pályán történő előrehaladásban csak halványan körvonalazható. Ebben az aspektusban is figyelemre méltó, hogy a jogviszonyban eltöltött idő a legmeghatározóbb elem, mely egyáltalán nem ösztönzi a dolgozókat, hiszen az időtényező olyan objektív feltétel, melyet munkájuknak sem a mennyiségével, sem a minőségével befolyásolni nem tudnak. Jelen gazdasági helyzetben, a közsféra kiadásainak fokozatos szűkítése okán az egyéb bérelemek (illetménypótlék, illetménykiegészítés) sem jelentenek motivációs lehetőséget. Ezek a fajta merev szabályok nem teszik lehetővé, hogy az esetlegesen gazdaságosan, vagy netalán nyereségesen működő intézmények anyagilag megfelelően kompenzálják a kiemelkedő munkavégzést. A bérezésben rejlő ellentmondás tehát az egészségügy egyik legnagyobb problémája, a szerkezet változtathatóságát, a szervezés nem megfelelő hatékonyságának, a humán erőforrás tervezésének javítását akadályozó tényező.

³ A közalkalmazottat minden három (közalkalmazotti) jogviszonyban töltött év után automatikusan eggyel magasabb fizetési fokozatba sorolják.

A közalkalmazotti életpálya modell

Ahhoz, hogy rendelkezésre álljanak megfelelő számban motivációs tényezők egyáltalán a pályaválasztáshoz, a pályán tartáshoz, az adott munkahelyen, főleg vidéki munkahelyen tartáshoz, szükséges látni, hogy a nagyvárosok egyetemi klinikáin szocializálódott, a képzés során is e munkaközegeket megismerő fiatal orvosok a megfelelő szakmai színvonalat szintén hasonló szintű intézményben és lakókörnyezetben képzelik el. Az ideális munkahely versenyképes jövedelmet jelent, megfelelő szakmai színvonalat elsősorban nagy kórházban vagy klinikán, jó kollegák társaságát és kiszámítható életet. A kiszámíthatóság magában foglalja, hogy vállalható és a magánélettel összeegyeztethető mennyiségű az ügyeletek száma és azt is, hogy pontosan körül van határolva az, hogy milyen feladatot végezhet el, mi a felelősségi köre és mit nem tehet meg (Eke és mtsai, 2007).

1992-ben a közalkalmazotti törvény alapján a közalkalmazottak munkaviszonya a többi munkavállalótól több tekintetben eltért. A törvény tehát kezdettől a karrierelvű közszolgálati rendszer létrehozását célozta meg. A közalkalmazottnak a munkáltatója iránti „nagyobb” lojalitását 1992-ben komoly vívmánynak számító szabályok segítették elő: többek között a garantált előmenetel a szolgálatban töltött évek alapján, a munkáltató általi felmondás megnehezítése, a nagyobb mértékű szabadság, a garantált plusz 1 havi illetmény és még további egyéb juttatások. Mindehhez kezdetben a versenyszférával vetekedő jövedelmek társultak. A közalkalmazottak „kiváltságai” azonban fokozatosan elkoptak. A munkaerő-piaci helyzet javulásával egyidejűleg a közszférában megszerezhető jövedelmek az infláció áldozatává váltak. A kilencvenes évek végére a versenyszféra a jobb ajánlatokkal észrevehetően elszívta a képzett munkaerőt a közszférából.

Az ún. közalkalmazotti életpálya lenne hivatott a közalkalmazottak, illetve az orvosok karrier kilátásait előre rögzíteni. Azonban az utóbbi évek változásai, kórház reformjai következtében egyre nagyobb számban kerülnek át a közalkalmazottakról rendelkező jogszabályok hatálya alól a Munka Törvénykönyve rendelkezései alá az egészségügyi dolgozók, mely változás a munkát végzők védelmét célzó garanciális elemek tekintetében feltétlenül visszaesést jelent, életpálya modell kialakítására vonatkozó szabályozást e törvény pedig egyáltalán nem tartalmaz. A közalkalmazotti

kiszámíthatóság is viszonylagos csupán, csak olyan értelemben érvényesül, hogy a jogviszonyok munkáltatói megszüntetése szigorúbb feltételekhez kötött, amely állás felajánlási kötelezettséggel is meg van erősítve, illetve nagyságrendileg tudható előre, milyen fizetéssel lehet kalkulálni évek múlva, ami viszont a mértéke okán nem nevezhető motiváló tényezőnek.

Nyilvánvalóvá vált, hogy változásokra van szükség, többet kell nyújtani a közalkalmazottak számára.

Az életpálya modell jövője

Felismerve a közalkalmazotti státusz ezen anomáliáit olyan életpálya modell kialakítása lenne a cél, mely a szakmailag alkalmas, felkészült alkalmazottakat (orvosok, szakdolgozók egyaránt) preferálja, lehetővé teszi számukra, hogy tervezhessék pályájukat és méltó módon meg tudjanak élni a fizetésükből. Ezek a célok természetesen nem újdonság erejűek, viszont a megvalósításuk eddig nem volt sikeres.

Az egyik sarkalatos pontja a változtatásnak, hogy a - 2010 év végi adatok alapján – több mint, hétszáz ezres közalkalmazotti létszámon belül több lehetőséget kell teremteni a differenciálásra. Különböző tevékenységek és ágazatok, alágazatok eltérő sajátosságainak a bérrendszerben is érvényt kell szerezni, bővíteni szükséges az elemeket a munkakör igényelte kreativitás, az önállóság, valamint a munkával járó felelősség szempontjaival. Mindemellett érdemes lenne számításba venni azt is, hogy a közalkalmazotti munkakörülmények nagyon eltérőek. A bértáblázat további bonyolítása, alágazati differenciálása nem lenne célszerű, inkább a munkaköri specifikumok bérrendszerben történő megjelenítésére lenne érdemes koncentrálni, amelynek köszönhetően a díjazási rendszer érzékenyebben működhetne a végzett munka tényleges értékére (MKKSZ, 2001).

Az egészségügyben, illetve a közszférában foglalkoztatottak jövője és helyzete persze nem csak Magyarország problémaköre, s az „életpálya-ügy” sem valamiféle magyar találmány. A világban és Európában egyaránt hosszabb ideje napirenden van ez a kérdés. Az életpálya rendszere a nyugat-európai országokban számos vonatkozásban már sokkalta kialakultabb, mint nálunk. Ugyanakkor ezekben az országokban oly

módon van napirenden az ügy, hogy a kormányok miként csökkenthetnék az életpálya-elemek pozitív vonatkozásait. (Szabó, 2001) Kérdés tehát, hogy miként lehetne felzárkózni a nyugat-európai rendszerekhez, a köztisztviselőkéhez hasonló irányba kellene-e elindulnunk a közalkalmazotti életpálya ügyében, egyáltalán az orvosok – a maguk speciális szakmai szabályaik értelmében – feladataikat, személyes felelősségük maximális érvényesítése mellett, alkalmazotti (közalkalmazotti, avagy munkavállalói) keretek között tudják-e megfelelően ellátni (Molnár, 2007)?

A jelenlegi keretek között gondolkodva egy jól funkcionáló életpálya modell egész egyszerűen hozzásegíti az egészségügyi dolgozót előre látni, hogy egy elfogadható teljesítmény esetén hova jut majd el. A kezdő fizetésének hányszorosa lesz a fizetése nyugdíjba vonulásakor, egyáltalán mikor éri el a nyugdíjkorhatárát, esetleg a nyugdíjkorhatárnál korábban is nyugdíjba mehet-e, ha vállalja az ezzel járó következményeket, számíthat-e nyugdíjba menetelkor egy nagyobb összegű készpénzre (mint Németországban), netalán meghatározott munkában töltött idő után, jogszabályban előírt kötelező, többhónapos fizetett szabadságra.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága „Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére” címmel készítette el vitairatát, melyben az ágazatot érintő döntő stratégiai kérdésköröket és az arra adandó lehetséges válaszokat veszi sorra. A vitaanyag megfelelő szakmai konzultáció és társadalmi egyeztetések után nyerheti el végleges formáját, s határozhatja meg 2011-től a Kormány vonatkozó intézkedéseinek fő irányát.

A Kormány eszerint a gazdasági realitásoknak megfelelő eszközöket igyekszik találni, hogy a pályán- és az itthon maradás követhető alternatívát nyújtson az egészségügyi dolgozóknak. Ennek érdekében szakmai egyeztetések sora segíthet megtalálni, hogy mi az a döntési pont, amiért az érintettek – főleg a rezidensek – az itthon maradást választják. A körülmények vonzóbbá tételét rugalmasított foglalkoztatási formákkal, az egészségügyi dolgozói kártya bevezetésével és az elismerések újabb formáival igyekeznek erősíteni. A kapcsolt kommunikáció szerint erre a logikára kívánják felépíteni a rezidensek, a háziorvosi ágazatban dolgozók és a sürgősségi ellátásban

dolgozók életpályamodelljét is, miközben próbálják a sürgősségi ellátást az alapellátás felől felmenő rendszerben konszolidálni.

Koncepcionális eleme a Tervnek a kiszámítható és felzárkóztatott jövedelem biztosítása – azzal a kitételrel, hogy mindez csak több lépcsőben és komoly gazdasági erőforrások igénybevételével lehetséges - párhuzamosan a társadalmi elfogadottság erősítésével.

Az egészségügyi dolgozók életpályájának hangsúlyos részeként kezeli az anyag azt is, hogy az ágazatban dolgozók milyen képzésben, milyen szakmai lehetőségben részesülhetnek. E körben egyrészt hangsúlyos a közoktatási és a szakképzési rendszer összehangolása a gyakorlati oktatás erősítése mellett, másrészt a továbbképzések preferálása.

8. Az alapellátás jelentősége a magyar egészségügyben

A korábbiakban áttekintettük a magyar ellátórendszer egészét, jelen fejezetben megvizsgáljuk azt a felvetést, hogy a hazai háziiorvosi rendszer 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 (Greß és mtsai, 2006), hisz már jelenleg is a háziorvos az egészségügyi ellátórendszer azon szereplője, aki lakosság közeli ellátást nyújt.

8.1. Általános megfontolások

Bár az egészségi állapotot meghatározó tényezők között az egészségügyi ellátás súlyát a fejlett országokban nem több mint 10%-ra becsülik (Schroeder, 2007), egyértelműen elfogadott, hogy ezen belül az alapellátás minősége az, ami minden ország esetében a legjelentősebb mértékben befolyásolja a lakosság egészségi állapotát, s ez az általános és a korai halálozási mutatókban is tükröződik (Macinko és mtsai, 2003). Hazánkban a korai (65. életéven aluli lakosság körében bekövetkező) és az elkerülhető (megfelelő időben és minőségben nyújtott egészségügyi ellátás esetén - betegségtípusokként specifikált kor betöltése előtt - megakadályozható) halálozás relatív (az EU átlaghoz viszonyított) kockázata rendkívül magas (Ádány, 2008). A szív-érrendszeri betegségek (köztük kiemelten a hipertónia, az akut miokardiális infarktus és a szélütés), a diabetes, de a szűrhető daganatok (kiemelten az emlő- és méhnyakrák) okozta korai halálozás magas szintje kapcsán is indokoltan vethető fel az alapellátás szűrő-gondozó tevékenységének elégtelensége is. Az alapellátási tevékenység finanszírozási és pénzügyi problémái szintén sürgetik az alapellátási tevékenység szerkezetének kritikus áttekintését. Optimális esetben egy új panasz, tünet, betegség jelentkezésekor a betegek az alapellátáson keresztül kerülnek kapcsolatba az egészségügyi ellátórendszerrel és csak diagnosztikai bizonytalanság illetve speciális terápiás igény esetén lépnek át a

szakellátásba. A szakellátásba történő indokolatlan átlépés aránytalan költségnövekedéshez vezet (Woolf és mtsai, 2004), ugyanazon szolgáltatás költsége a járóbeteg szakellátásban kétszerese, a fekvőbeteg szakellátásban pedig négyszerese az alapellátás szintjén megvalósuló ellátás költségeinek (Blomqvist és Léger, 2005). Ezek alapján nem lehet eléggé hangsúlyozni az egészségügyi ellátó tevékenységen belül az alapellátás szintjén nyújtott betegségmegelőzést célzó szolgáltatások és az egészségproblémák megfelelő (szükséges és elégséges) progresszivitási szinten történő ellátásának fontosságát. Különösen igaz ez az alapellátás elégtelen szolgáltatási spektruma, korlátozott hozzáférhetősége, a „kórház-központú” egészségügyi ellátórendszereken belül az állami egészségpolitika által determináltan alárendelt szerepe esetén. Az Alma-Atai Nyilatkozat (Alma Ata, 1978) közzététele (1978) óta az alapellátással kapcsolatos alapvető elvárás, hogy a közösség egészségproblémáit megoldja megfelelő egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtva, valamint biztosítsa a leggyakoribb egészségproblémákkal kapcsolatos oktatást, ill. közvetítse azok megelőzésének és visszaszorításának módszereit. Az ezredfordulót követően egyre egyértelműbben fogalmazódott meg szakmai, társadalmi és politikai szinten egyaránt, hogy az alapellátás ennek a feladatának nem tesz eleget (Moore és Showstack, 2003).

Az alapellátás elodázhatatlan, nemzetközi szinten sürgető átalakításának szükségességét hangsúlyozza a WHO 2008. évi World Health Report-ja is arra ösztönözve valamennyi ország kormányát, hogy egészségügyi reformjának homlokterébe az alapellátás megerősítését helyezze, mely révén a lakosság általános egészségi állapota javítható, az egészségi állapot társadalmi/ földrajzi egyenlőtlenségei érdemben mérsékelhetők. A WHO ajánlás egyértelműen fogalmazza meg az alapellátás közösségi orientációja erősítésének szükségességét (Alma Ata, 1978). Ezek a célkitűzések komplex megközelítésben valósíthatók meg, mely a szolgáltatás tartalmának, az alapellátás szervezetének és működésének, valamint finanszírozásának felülvizsgálatát és az azonosított hiányosságok és rendellenességek korrekcióját jelenti.

A magyar lakosság népegészségügyi mutatói (a nem fertőző betegségek okozta korai halálozás mértéke, a rejtett morbiditás alakulása, a rokkantsággal keresőképtelenné vált lakossági hányad reprezentációja, az egészségmagatartás jellegzetességei, a mentális zavarok populációs gyakorisága) egyértelműen jelzik (Ádány, 2008), hogy hazánk is azon országok közé tartozik, melyek esetében az alapellátási rendszer átalakítása elodázhatatlan teendőként jelenik meg. Olyan alapellátási rendszerre van szükség, mely

a tradicionális betegellátás mellett a szolgáltatások fókuszába az érintett közösség egészségének védelmét, fejlesztését, szükség esetén helyreállítását, a krónikus betegségekben szenvedők hatékony, az életminőség érdemi javulását eredményező, folyamata és kimenetei szintjén jól kontrollálható minőségi (következésképp eredményes) gondozását helyezi.

8.2. A hazai alapellátás korrekcióra szoruló anomáliái

8.2.1. 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 orvosmegtartó képesség egyes területeken igen alacsony, részben gazdasági és/vagy földrajzi okokból, esetenként a praxis szociális összetétele miatt. Ma az országban kb. 160 praxis betöltetlen (Grösz és Papp, 2008). A háziiorvosi szakma előregedett, 1990 és 2007 között a háziiorvosok körében a 60 éven felüliek aránya 10,38%-ról 27,44%-ra nőtt (Grösz és Papp, 2008; Balogh, 2000). A politikai egyeztetések kudarca miatt az önkormányzati törvényt nem lehetett módosítani, így az önkormányzatnak az orvos személyére vonatkozó, szakmailag nem indokolható hatáskörét nem sikerült korlátozni. Ez sok helyütt problémákat, esetenként még jogsértéseket is eredményezhet(ett) a feszültségekkel telített emberi kapcsolatok miatt. Az ellentételezés nélkül praxisjogot adó kormányzati gesztus mára a mobilitás gátjává vált. Az utóbbi években nagymértékben csökkent az érdeklődés a praxisvétel iránt, s így a nyugdíjba készülők idősebb háziiorvosok nem tudnak kilépni a rendszerből. Jelenleg a háziiorvosi alapellátást praxisonként egy orvos és egy ápoló nyújtja, esetenként egy adminisztratív dolgozó, illetve gyermek és vegyes körzetekben egy védőnő segíti munkájukat. A védőnői tevékenység tradicionálisan az anya-csecsemő ellátást célozza, a praxisban regisztrált további egyéneket nem éri el. Hasonlóan az egészségügyi ellátás többi szakterületeihez, 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 (Ádány és mtsai, 2009, Döbrössy, 2004).

8.2.2. 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 háziorvosok jogkövető magatartásának, de a feladat ellátására alkalmas személyi feltételek teljesülésének hiányát (is) bizonyítja.

A fentieket tovább nehezítő körülmény, hogy a mai háziiorvosi ellátásban átlagosan öt perc jut egy beteg ellátására (11. sz. táblázat). A jelen finanszírozás nem tesz különbséget az adminisztratív jellegű (pl. ismételt gyógyszerfelírás, táppénzes papír, igazolások kiállítása) és a diagnosztikus, illetve gyógyító célú vizitek között. Definitív ellátáshoz öt percnél nyilvánvalóan hosszabb időre van szükség (Ádány és mtsai, 2009).

A háziiorvosi ellátás jellemző mutatóinak változása Magyarországon 1990-2006 között

	1990	2003	2004	2005	2006	változás 1990-2006 között (%)
Háziiorvosok száma	4 537	5 106	5 046	5 018	5 002	+10,3%
Háziiorvosi rendelésen megjelent betegek éves száma (ezer fő) ¹	38 869	50 919	52 448	54 291	57 391	+47,7%
Egy óra rendelési időre jutó átlagos betegszám ²	8,85	10,30	10,74	11,18	11,85	+33,9%
Egy betegre jutó átlagos idő (percben) ²	6,78	5,82	5,59	5,37	5,06	-25,3%

¹ Forrás: Központi Statisztikai Hivatal, Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2006

² Becslés évi 242 munkanapot és 4 óra rendelési időt feltételezve

11. sz. táblázat: A háziiorvosi ellátás jellemző mutatóinak változása Magyarországon 1990-2006 között (KSH Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2006).

8.2.3. 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. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kara által vezetett kutatási konzorcium a Jedlik Ányos pályázat keretében végzett vizsgálatainak ma még publikálatlan, illetve publikálás alatt álló eredményei jól dokumentálják, hogy úgy a rizikóállapotok, mint a krónikus nem fertőző betegségek felismerése és ellátása/gondozása súlyos hiányosságokkal terhelt (a metabolikus szindróma az érintettek 80%-a esetében nem került a rutin ellátás keretében

diagnosztizálásra; a cukorbetegség több, mint felénél a vércukor érték sikeres beállítása - a HbA_{1c} érték alapján - nem történt meg), mely az alapellátás szolgáltatásainak színvonalát is minősíti. Hiányoznak a magas vérnyomás, cukorbetegség és a zsírsavanyagcsere zavarok korai felismerését biztosító szűrővizsgálatok; az előbbieket és az elhízás megakadályozását célzó életmód tanácsadások; nem alakult ki a daganatszűrő programok asszisztenciája (Ádány, megjelenés alatt).

Magyarországon az alapellátás finanszírozása döntően fejkvóta alapú bázisfinanszírozás. A házi orvosok bevételeik kb. 75%-át a hozzájuk bejelentkezett lakosok után számolt (a korral, a nemmel és a házi orvos szakképzettségével korrigált) fejkvóta alapján kapják (Orosz és Burns, 2000). A fejkvóta alapú finanszírozás sajátossága, hogy a házi orvos a hozzá bejelentkezett lakosok számára nyújtott ellátásért kap finanszírozást, azaz a finanszírozás szempontjából a házi orvoshoz bejelentkezett egyének száma a meghatározó. Ez kettős motivációt eredményez: egyfelől a bejelentkezett lakosok számának növelése a cél, melyet a finanszírozásba beépített fék valamelyest korlátoz (2400 pont/praxis felett a finanszírozás már degresszív), másfelől megjelenik a felmerülő költségek és egyéb ráfordítások (pl. időbeni ráfordítások) mérséklésében való érdekelttség. Ennek több, a teljes ellátó rendszer szempontjából kedvezőtlen vonzata is van, melyek közül gazdasági szempontból a legfontosabb, hogy a betegek szakorvoshoz való továbbküldésére sarkall (Boncz és mtsai, 2004). 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 Burns, 2000). Minden, a házi orvos által kezdeményezett, tevékenység többletköltsége a fejkvótából származó bevételt terheli (pl. a hosszabb rendelési idő miatt megemelkedő bérköltség, a szűrések szervezése), így egyértelmű, hogy a jelenlegi finanszírozás az alapellátás szintjén nyújtott definitív ellátás és a betegségek megelőzését célzó programok kezdeményezése ellen hat. Az ez alól kivételt képező praxis-gyakorlatok nem a fejkvóta alapú finanszírozás keretei között magas színvonalú ellátás vonatkozásában fennálló ellenérdekelttség tényét cáfolják, hanem számos családorvos azon emberi és szakmai viszonyulását tevékenységéhez, melyet alapvetően a betegellátás iránti elkötelezettség és a hivatástudat határoz meg.

8.2.4. A minőségbiztosítás hiánya

Az alapellátás szintjén nyújtott szolgáltatások minőségének mérésére és ennek a finanszírozásba való beépítésére történtek ugyan javaslatok (Szatmári, 2005), s 2009-ben - egyelőre önkéntes - „auditálásra” is felhívás jelent meg finanszírozási bonuszt ígérve (OALI, 2009), az alapellátás minőségbiztosításának teljes megoldása jelenleg még várat magára. Az önkéntes auditálásra vélhetően csak az egyébként is motivált, igényes szakmai munkát végző praxisok vállalkoztak illetve fognak vállalkozni, s a kezdeményezés esetleg nem fogja elérni azokat, akik esetében feltétlenül szükség lenne az ellátás minőségének javítására.

8.3. A szakmai protokoll-követés vizsgálata a háziiorvosi gondozási gyakorlatban

Napjainkban az egyéni tapasztaláson alapuló klinikai döntések szerepét egyre inkább átveszi a randomizált klinikai vizsgálatok eredményei alapján megalkotott irányelvek, protokollok alapján végzett gyógyítás. Az Egészségügyi Minisztérium ajánlása szerint az átfogó szakmai konszenzuson alapuló nemzetközi kezelési sémák hazai bevezetésének feltétele azok adaptálása a magyarországi viszonyokra (ESzCsM, 2006a).

Bár a korábbi Háziiorvostani Szakmai Kollégiumnak csak 2006-ot követően vannak egészségügyi szakhatóság által is támogatott szakmai ajánlásai (a hipertónia, a diabetes mellitus, a krónikus obstruktív légzőszervi betegségek és a felnőttkori diszpepszia gondozására vonatkozóan), ezek egyes elemei már ezt megelőzően is fellelhetőek voltak más szakmai testületek (társaságok, kollégiumok) által közzétett dokumentumokban. Jelen tanulmányom célja a rendelkezésre álló adatok alapján annak a vizsgálata, hogy milyen mértékben követték a háziiorvosok az adott időszakban a szakmai irányelveket, ajánlásokat a hipertónia és a diabetes mellitus gondozása tekintetében, ill. hogy a gondozási tevékenység minősítése és monitoringja a rendelkezésre álló, az egészségügyi ellátás alapvető szolgáltatásainak nyilvántartására létrehozott és fenntartott adatbázisok alapján biztosítható-e.

8.3.1. 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.

A Hipertónia Társaság irányelve szerint a felnőttkori hipertónia gondozása során - jól beállított célvérnyomás érték esetén is - indokolt évente a szemfenék vizsgálata mellett egy, a 12. sz. táblázatban feltüntetett laboratóriumi vizsgálatokra kiterjedő ellenőrzés is.

Vizsgálat megnevezése	A vizsgálat WHO kódja
Hipertónia	
Hipertóniás betegek száma*	
HDL-koleszterin	21421 2142a
LDL-koleszterin	21422 21423 21424
Triglicerid	21411
Összkoleszterin	21420
Glükóz	21310 21312
Kreatinin	21140 21141 21143
Vizelet fehérje meghatározása	22041 22042 22020 22021
Szemfenék vizsgálat	12202 12204
Diabetes mellitus	
Diabeteszes betegek száma	
HgA1c	28490 28493 28494 21073
HDL-koleszterin	21421 2142a
LDL-koleszterin	21422 21423 21424
Triglicerid	21411
Összkoleszterin	21420
Kreatinin	21140 21141 21143
Vizelet fehérje meghatározása	22041 22042 22020 22021
Szemfenék vizsgálat	12202 12204
Alsóvégtagi Doppler vizsgálat	3616b

12. sz. táblázat. A hipertónia és a diabetes gondozás minőségének jellemzése szempontjából releváns vizsgálatok és beavatkozások megnevezése ill. azok WHO kódja (Bíró és mtsai, nem közölt adatok).

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 a 12. sz. táblázatban részletezett vér- illetve vizeletvizsgálat, valamint alsóvégtagi Doppler és szemfenéki vizsgálat elvégzése is.

A protokollokból azokat a vizsgálatokat emeltük ki, melyek elvégzése a szakellátás keretén belül történik, mivel ezek gyűjthetők le az OENO (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztálya) és BNO kódok alapján a TEA-ból. Megvizsgáltuk továbbá, hogy az adott betegek körében elvégzett vizsgálatok száma hogyan viszonyul az adott évben végzett összes vizsgálati számhoz az egyes vizsgálatfajták esetében.

8.3.2. Eredmények

Az eredményeket részletesen a 13. sz. táblázat mutatja be. A gyakorisági adatok (ha azokat a kontrollált betegek arányaként kívánjuk értelmezni) – amennyiben nemcsak a betegek számának, de a vizsgálatok számának nyilvántartása is teljes körű – felülbecsültek lehetnek, hisz valószínűsíthető, hogy számos beteg esetében egy-egy vizsgálat a javasolt minimális évi számnál több alkalommal is elvégzésre került.

A hipertóniás betegek gondozását jellemző paraméterek alakulása alapján megállapítható, hogy a javasolt 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 meghatározásának 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.

		hipertónia 2004		diabetes 2004		hipertónia 2005		diabetes 2005	
		vizsgált esetszám	%	vizsgált esetszám	%	vizsgált esetszám	%	vizsgált esetszám	%
Hipertóniás betegek száma		2 150 243	100			2 197 063	100		
Vizsgálat megnevezése	HDL-koleszterin	42 038	1,96			59 052	2,69		
	LDL-koleszterin	13 819	0,64			20 285	0,92		
	Triglicerid	75 140	3,49			95 354	4,34		
	Összkoleszterin	76 612	3,56			97 186	4,42		
	Glükóz	136 290	6,34			178 696	8,13		
	Kreatinin	89 166	4,15			116 496	5,30		
	Vizelet fehérje	18 065	0,84			18 873	0,86		
	Szemfenék vizsgálat	36 914	1,72			48 678	2,22		
Diabeteses betegek száma				488 525	100			519 118	100
Vizsgálat megnevezése	HgA1c			22 869	4,68			34 177	6,58
	HDL-koleszterin			22 276	4,56			31 796	6,13
	LDL-koleszterin			8 321	1,70			10 594	2,04
	Triglicerid			31 061	6,36			40 651	7,83
	Összkoleszterin			31 740	6,50			41 116	7,92
	Kreatinin			28 908	5,92			40 508	7,80
	Vizelet fehérje			19 522	4,00			21 116	4,07
	Szemfenék vizsgálat			36 950	7,56			44 495	8,57
	Alsóvégtagi Doppler vizsgálat			24 368	4,99			25 726	4,96

13. sz. táblázat: A hipertónia és a diabetes gondozás keretén belül elvégzett vizsgálatok aránya az adott betegséggel diagnosztizált betegek számához viszonyítva (Bíró és mtsai, nem közölt adatok).

A hipertónia illetve diabetes indikációval kért vizsgálatok az összesen elvégzett vizsgálatok rendkívül alacsony hányadát jelentik. Laboratóriumi vizsgálatok tekintetében nem lépte át 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.

Vizsgálat megnevezése	2004. évi vizsgálatok			2005. évi vizsgálatok		
	Hipertónia	Összesen	%	Hipertónia	Összesen	%
Glükóz	136 290	6 731 908	2,02	178 696	7 022 889	2,54
HDL-koleszterin	42 038	2 495 422	1,68	59 052	2 873 690	2,05
LDL-koleszterin	13 819	941 528	1,47	20 285	1 095 263	1,85
Kreatinin	89 166	5 359 466	1,66	116 496	5 787 359	2,01
Összkoleszterin	76 612	4 128 570	1,86	97 186	4 408 560	2,20
Szemfenék vizsgálat	36 914	517 801	7,13	48 678	623 308	7,81
Triglicerid	75 140	3 978 270	1,89	95 354	4 273 261	2,23
Vizelet fehérje	18 065	1 380 287	1,31	18 873	1 111 908	1,70
	Diabetes	Összesen	%	Diabetes	Összesen	%
Alsóvégtagi Doppler vizsgálat	24 368	195 809	12,44	25 726	209 447	12,28
HDL-koleszterin	22 276	2 495 422	0,89	31 796	2 873 690	1,11
LDL-koleszterin	8 321	941 528	0,88	10 594	1 095 263	0,97
HgA1c	22 869	622 212	3,68	34 177	314 259	10,88
Kreatinin	28 908	5 359 466	0,54	40 508	5 787 359	0,70
Összkoleszterin	31 740	4 128 570	0,77	41 116	4 408 560	0,93
Szemfenék vizsgálat	36 950	517 801	7,14	44 495	623 308	7,14
Triglicerid	31 061	3 978 270	0,78	40 651	4 273 261	0,95
Vizelet fehérje	19 522	1 380 287	1,41	21 116	1 111 908	1,90

14. sz. táblázat: A hipertónia illetve diabetes indikációval rendelt vizsgálatok aránya az összes elvégzett vizsgálathoz viszonyítva (Bíró és mtsai, nem közölt adatok).

8.3.3. Megbeszélés

A jelen vizsgálat eredményei szerint a háziorvosi gondozásban a vizsgált időszakban (2004-ben és 2005-ben) nem kapott kellő hangsúlyt a releváns társszakmák szakmai protokolljainak 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 cukorbetegség körében 1% illetve 3% alatt van azon betegek aránya, akik esetében az irányelvek szerinti eljárás pontos követése állapítható meg.

Ezek az alacsony arány-mutatók több kérdést is felvethetnek:

- Egyrészt felmerül, hogy az elemzés alapját képező adatok validitása megfelelő-e. Tekintettel arra, hogy a vizsgálatkérő lapon feltüntetett BNO kód szakmai megfelelőségének nincs konzekvenciája sem a finanszírozás, sem a tevékenység szakmai megítélése szempontjából, nem zárható ki, hogy ennek feltüntetése egyes esetekben téves, másokban pedig az egyértelmű verifikáció ellenére is elmaradt. Ezen megfontolásból kiindulva nem zárható ki, hogy az egyes BNO kódokhoz rendelhető vizsgálatok száma alapján kalkulált gyakorisági mutató alul- vagy felülbecsüli az adott betegségben szenvedő betegeknél ténylegesen elvégzett vizsgálatok gyakoriságát. A két lehetőség közül nagyobb valószínűsége az alábecslésnek van, hisz a különböző laboratóriumi vizsgálatok éves száma alapján megkérdőjelezhető, hogy valóban az összkoleszterin szint meghatározások mindössze 2%-át végeznék csak hipertóniás betegeken. Tekintettel azonban arra, hogy a használt adatbázis az egyetlen, mely az egészségügyi ellátás mennyiségi paramétereinek teljes körű nyilvántartását célozza, a fent említett torzulások lehetősége ellenére ezeket az adatokat használtuk a protokollkövetési szokások jellemzésére. A jövőre nézve azonban nemcsak a későbbi elemzések szempontjából lenne fontos az orvos-szakmailag helyes BNO kódok használata, hanem az irányelvek szerinti gondozási tevékenység minőségbiztosításához is. Javasolható, hogy a szakmai protokollokban BNO illetve OENO kódokhoz rendelve kerüljenek meghatározásra az ellátási teendők.
- 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, de a HMAP minőségbiztosítási rendszerének adatai és a háziorvosok Központi Statisztikai Hivatal felé tett éves jelentéseiből származó adatok alapján ennek nincs nagy valószínűsége. Az ESKI Internetes Magyar

Egészségügyi Adattárának (IMEA) Regionális Egészségügyi Adattár (REA) moduljában közölt adatok szerint a 20 éven felüli populációban a magasvérnyomás prevalenciája 2 197 063 volt, míg a cukorbetegek körében ez 519 118 volt 2005-ben.

- 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. Természetesen a vizsgálatok a szakellátás keretén belül is kezdeményezhetők, ennek elmaradása esetén azonban az évente ajánlott vizsgálatok elvégzéséről a háziiorvosnak kell gondoskodnia. Mivel a leválogatott adatok az alap- és a szakellátás által kezdeményezett vizsgálatokat egyaránt tartalmazzák, a gondozási tevékenység minőségének megítélését a regisztrált vizsgálatok számából eredő torzítás érdemben nem befolyásolhatja. Az alapellátási rendszerben az adott időszakban kevés olyan motiváló tényező volt, ami adekvát gondozási (valamint első és másodlagos prevenció) tevékenységre ösztönzött volna. Az orvosok kötelező szakmai továbbképzése megteremtette az irányelvek követésének elméleti kereteit, a finanszírozási rendszer azonban sem a magasabb szakmai színvonalon végzett definitív ellátást nem ismerte el, sem az elvárt ellátás elmaradását nem szankcionálta. 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; kapuóri funkciójának betöltésével pedig meg lenne a lehetősége annak, hogy szabályozza 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, 2005). Nagy-Britanniában például egy átfogó, klinikai evidenciákon alapuló minőségi indikátorrendszert vezettek be. Az indikátorok meghatározásakor fontos volt,

hogy azok a rutin ellátás során keletkező adatokból építkezzenek. A rendszer a betegség regiszterek kialakításán (koszorúsérbetegség, stroke, hipertónia, diabetes mellitus, krónikus obstruktív légzőszervi betegségek, epilepszia, hipotireózis, daganatok, pszichiátriai betegségek és asztma tekintetében) nyugszik (QOF, 2004). Ezek hiányában nem nyújtható tevékenységalapú finanszírozás. A teljesítményarányos finanszírozás alapját az adott betegségcsoport indikátorai alapján definiált vizsgálatok elvégzési aránya képezi. Meghatározásra került egy minimálisan és egy maximálisan finanszírozható küszöb, és ebben a tartományban lehet a tevékenységek végzéséért teljesítményarányos finanszírozásban részesülni (QOF, 2004). 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 háziorvosok, másrészt mert megbízhatóbb kvantitatív visszajelzést nyújtana a praxisban folyó ellátásról. Mindazonáltal a háziorvosokra jelenleg nehezedő, az Európában szokásoshoz képest kiugróan részletes, gyakori és egymással átfedést mutató jelentési kötelezettségek felülvizsgálata indokolt lenne (Rurik és Kalabay, 2008) és támogathatná a minőségi adatszolgáltatás nyújtását.

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).

9. Lehetőségek az alapellátás átalakítására

9.1. Alapellátási teamek létrehozása - a kompetenciák tisztázása

Az alapellátás szintjén elvárando (rendeleti szinten részben már ma is elvart) komplex kuratív és több szintű preventív szolgáltatások személyi feltételrendszere és a kompetencia szintek meghatározása 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).

A magyar lakosság kritikus mentális egészségi állapota, az öngyilkosság okozta halálozás tradicionálisan magas aránya szükségessé és indokoltá teszi egészségpszichológusok illetve klinikai és mentálhigiénés szakpszichológusok bevonását az alapellátási tevékenységbe.

Ezek a szakemberek a mentális (és mentális eredetű, de szomatizált) betegségek, valamint a szomatikus betegségekhez társuló pszichikus problémák felismerésében és kezelésében költséghatékonyan vehetnek részt:

- Tehermentesítve (az e feladatokra jellemzően egyébként sem felkészült) a családorvost a pszichogén eredetű betegségek, életvezetési problémákból adódó zavarok ellátása terén.
- A mentális státus megállapításával, a premorbid állapotok felismerésével segítséget nyújtva a beteg megfelelő szociális, rehabilitációs és pszichiátriai szakellátás felé való irányításában és a kapcsolattartásban.

- Kiváltva költséges diagnosztikai beavatkozásokat (ha a tünetek pszichés eredetét egyértelműen igazolják) és megelőzhetik az indokolatlan (esetenként nagy volumenű) gyógyszerfogyasztást.

(A szomatizációs zavarokban szenvedő betegek esetében egy beteg ellátásának átlagos költsége körülbelül kilencszer annyi, mint egy szomatikus betegségben nem szenvedő páciens ellátásának átlagos költsége (Smetana és mtsai, 1986)).

- Prevenációs szolgáltatást nyújtva korai felismerés révén a mentális betegségek krónikussá válásának megelőzésében, valamint az egyéni és családi életvezetés támogatásával. (A korai anya-gyermek kapcsolat és egyáltalán a családi kapcsolatrendszer optimalizálása a testi-lelki egészség megteremtésének alapvető eszköze, melynek alkalmazása a gyermekellátás területén a leghatékonyabb prevenációs intézkedéssé válhat.)
- Mentális támogatást nyújtva a szomatikus betegséggel való szembesülés illetve együttélés során, erősítve a kezelés kapcsán az együttműködést és tanácskövetést, elősegítve ezáltal a betegségek prognózisának kedvezőbb alakulását.

Az OEP finanszírozás „Szabálykönyve” tartalmazza a pszichológusok által végzett finanszírozható beavatkozások kódlistáját a felnőtt és gyermek ellátásra vonatkozóan. A pszichológusok illetve klinikai pszichológusok mintegy 130 finanszírozott beavatkozás végzésére jogosultak.

Annak szükségességét, hogy az alapellátási praxisok prevenációs szolgáltatásokat nyújtsanak, jól alátámasztja az a tény, hogy a praxisokban regisztrált, a populációs alapú emlőrák szűrési program célpopulációját jelentő női lakosságnak 2004-2005-ben kevesebb, mint 30%-a vett részt szervezett mammográfiás szűrésen (Boncz és mtsai, 2008), s a szervezett méhnyakrák szűrés bevezetése a korábbi opportunisztikus szűréshez viszonyítva mindössze 3,7%-os emelkedést eredményezett a részvételi arányban (Boncz és mtsai, 2007). A rejtett magas vérnyomás betegség és cukorbetegség magas prevalenciája további sürgető tény a népegészségügyi szakemberek (népegészségügyi felügyelők, ellenőrök, népegészségügyi mesterszak egészségfejlesztési, epidemiológiai vagy környezet-egészségügyi szakirányain végzett szakemberek) alapellátásba történő bevonása mellett (Ádány, 2008).

Ezek a szakemberek az alapellátás keretei között végzik:

- A szükséges védőoltások a célpopulációra vonatkoztatva teljeskörű biztosításának szervezési munkálatait.
- Az egészségfejlesztési programok tervezését, szervezését, lebonyolítását és értékelését.
- Kockázat felmérések, életmód tanácsadás szervezését, lebonyolítását.
- Szűrési programok szervezését, nyilvántartását, monitoringját (esetenként szűrési tevékenységet is).
- A krónikus betegek gondozásához és rehabilitációjához szükséges támogató tevékenységeket.

Az alapellátási team - akár az említett praxistársulások keretében - további tagokat alkalmazhatna (pl. gyógytornász fizioterapeutát, diétás nővért).

A team tagok kompetenciáinak pontos rögzítése a releváns szakmai kollégiumok véleményére alapozott jogalkotási feladat (Ádány és mtsai, 2009).

9.2. A háziorvosi szerepvállalás megerősítése- az elvárt szolgáltatás definiálása

A 2008-as World Health Reportban a WHO egyértelműen állást foglalt az alapellátás közösségi orientációjának megerősítése mellett (WHO, 2008). 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 prevenció 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. A WHO által megfogalmazott központi gondolat szerint az „alapellátásban az ember az első”. E gondolat sarokkövei az egészségszükségletek felmérése, a tartalmas személyes kapcsolat kialakítása és ápolása, a komplex, integrált ellátás nyújtása, az ellátás

folyamatosságának biztosítása és egy jól definiált populáció lehetőség szerinti legjobb egészségügyi állapotának biztosításáért való felelősségvállalás. Összességében a WHO 2008-as World Health Reportjában egyértelműen arra sarkallja a nemzeti döntéshozókat, hogy az ellátásszervezői feladatokat helyezték a háziiorvosi teamek kezébe az ezt megengedő jogi és finanszírozási környezet kialakításával.

Az egyénközpontú alapellátásban a teamek kifejezetten törekednek a hozzájuk tartozó lakosok betegségei, családi viszonyai és élethelyzetei megismerésére. Kimutatható, hogy ez a törekvés mind a rendszerben dolgozók, mind a betegek elégedettségét fokozza; nő az egészségügyi ellátás biztonsága, csökken a betegellátás fragmentáltsága, az ügyelet igénybevétele és a szakellátásba történő továbbutalások száma, a párhuzamos ellátások igénybevétele, az elégtelen kommunikációból fakadó hibák valószínűsége és az egyes szolgáltatók által generált adatok elvesztése. A háziorvos azáltal, hogy a népegészségügyi és az egészségügyi szolgáltatások mezsgyéjén áll, a teljes ellátórendszer kulcsszereplőjévé válik, mivel ő az első egészségügyi szereplő, akivel a beteg probléma esetén találkozik. Ez az interakció alapvetően határozza meg a betegeknek az ellátórendszerről alkotott véleményét. Az elmúlt 30 év tapasztalatai azt mutatják, hogy az egyén központi szerepének elismerése nemcsak a beteg szorongását oldja, hanem fokozza az egészségügyi ellátó elégedettségét is. Fontos, hogy a beteg ellátása ne csupán technikai kihívást jelentsen, hanem az egészségi problémájával érkező beteget az ő komplex élethelyzetének figyelembevételével kezeljék. Ezen törekvések kimutathatóan növelik a kezelés hatékonyságát és a beteg életminőségét (Ferrer és mtsai, 2005), javítják a beteggel való kommunikációt (Jaturapatporn és Dellow, 2007), fokozzák a beteg bizalmát, következésképp a compliance-t (Fiscella és mtsai, 2004).

9.2.1. Komplex, integrált ellátás nyújtása

A XXI. században megjelenő egészségkihívások elmoszák a határokat a tankönyvi és a diagnosztikai kategóriák között. Napjainkban az egészség promóciót, a prevenciót, a betegségek diagnosztikáját, kezelését, akut illetve krónikus kezelését, rehabilitációját, otthonápolási és szociális ellátását átölelő komplex ellátására van szükség. Mindezt leghatékonyabban az alapellátásban lehet biztosítani. A komplex ellátás révén javulnak az egészség kimeneteli mutatók (Schmittziel és mtsai, 2006; Shi és mtsai, 2007), nő a

betegségek megelőzésével kapcsolatos ellátás igénybevétele (DeVoe és mtsai, 2003) és csökken a krónikus betegségek esetén szövődmények fellépésének gyakorisága (WHO, 2008). Természetesen ez nem azt jelenti hogy minden ellátást az alapellátás szintjén kell nyújtani, hanem azt, hogy az alapellátási team feladata a beteg megfelelő szakellátási szintre történő irányítása, a beteg népegészségügyi szűrő programokba való bevonása, az otthonápolás és egyéb szociális problémáinak kezelése - azaz a World Health Report szerint az alapellátási team feladata a beteg irányítása a népegészségügyi szolgáltatások és egészségügyi ellátás komplex közegben.

9.2.2. Az ellátás folytonosságának biztosítása

A betegek komplex élethelyzetének ismerete alapvető feltétele az ellátás folytonosságának biztosításának. Optimális esetben a kezelés nem akkor kezdődik, amikor a beteg egészségproblémáival jelentkeznek és nem akkor ér véget, amikor az első ellátást kapja, hanem 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 és Krauss, 2000; Pitts és mtsai, 2010), megjelenik a mortalitás csökkenésében (Shi és mtsai, 2003; Sepulveda és mtsai, 2008; Regional core health data initiative, 2005), a kórházi elhelyezések és visszavételek számának csökkenésében (Weinberger és mtsai, 1996), a szakellátás (Woodward és mtsai, 2004) és az ügyelet (Gill és mtsai, 2000) igénybevételenek mérséklődésében és a szövődmények megelőzésében (Rothwell, 2005; Kravitz és mtsai, 2004).

9.2.3. 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. Vizsgálatok szerint 2-5 év szükséges az ilyen bizalmi kapcsolat kiépítéséhez. Az így kialakított kölcsönös bizalom légköre fokozza az alapellátó team tiszteletét a beteg által és a beteg iránt, növeli a beteg megértésének igényét, javítja a kommunikációt. A beteg részéről ezen felül nő az elégedettség (Putsch és Pololi, 2004; Moore és Showstack, 2003; Kovach, 2001), nő a compliance, csökken a

kórházi ápolások száma (Putsch és Pololi, 2004; Moore és Showstack, 2003; Kovach, 2001; Christakis és mtsai, 2003), illetve a szak- és ügyeleti ellátás igénybevétele (Schmittziel és mtsai, 2006; Christakis és mtsai, 2003; Wajnberg és mtsai, 2010; Wang és mtsai, 2005; Kapur és mtsai, 2000). Hatékonyabbá válik az erőforrások felhasználása (Schmittziel és mtsai, 2006; Pitts és mtsai, 2010; Hjortdahl, 2001; Starfield, 2001) és csökken a túlkezelés (Schoen és mtsai, 2007).

9.2.4. Az alapellátó kapuőri funkciójának megerősítése

Egy erőteljes kapuőri 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 erőteljes kapuőri funkció visszaállítása által a betegek az alapellátáson keresztül vehetnék igénybe a magasabb progresszivitási szintű ellátásokat. Tapasztalatok szerint azáltal, hogy a betegek nem a járó- illetve fekvőbeteg szakellátáson keresztül lépnek be a rendszerbe, csökken a betegségteher, a mortalitás, valamint hatékonyabbá válik a prevenció. Vizsgálatok szerint a házi orvos ugyanolyan vagy nagyobb hatékonysággal képes a szokásos életet veszélyeztető állapotokat (Provenzale és mtsai, 2003) felismerni, mint a szakorvos, ugyanolyan mértékben követi a szakmai irányelveket (Beck és mtsai, 2001), mint a szakorvos, bár az új irányelveket lassabban adaptálja (Huang és mtsai, 2003; O'Connor, 2002). Mindezekkel párhuzamosan kevesebb invazív vizsgálatot rendel el (Nicholson, 2010) és ritkább, illetve rövidebb kórházi ápolást tart indokoltnak, mint a szakellátás szereplői (Wajnberg és mtsai, 2010; Ryan és mtsai, 2001; Nicholson, 2010), és több figyelmet szentel a megelőző ellátásoknak (Ryan és mtsai, 2001; Kimman és mtsai, 2007). Mindez azonos egészségnyereség mellett alacsonyabb egészségügyi kiadásokat és fokozott betegelégedettséget eredményez (Kovach, 2001; Kimman és mtsai, 2007; Baicker és Chandra, 2004; Pongsupap és mtsai, 2005). Ezek alapján elmondható, hogy a lakosság közeli, jól definiált populáció számára komplex, folyamatos ellátást nyújtó alapellátási hálózat alkalmas lehet az Alma

Atai deklarációban kommunikált értékek megvalósítására (Primary health care report of the International Conference 1., 1978).

9.2.5. 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, mivel az alapellátási teamek finanszírozási illetve szerződéses kötelmein keresztül felelőssé tehetők a komplex, integrált egyénközpontú ellátás biztosításáért, valamint az egészségpromóció - kuratív ellátás - rehabilitáció teljes vertikumán átívelő szolgáltatások biztosításáért. Mindez új, köztük dominánsan egészségfejlesztési és prevenciós programok kereteit teremtheti meg, illetve arra ösztönözheti az alapellátási teameket, hogy más közösségi szervezetekkel együttműködve jobban részt vegyenek az adott közösség életében.

9.2.6. Az alapellátó, mint ellátásszervező

Ha a háziorvosi 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 háziorvosi team mintegy mediátorként lép fel, megteremtve a kapcsolatot az egyének, a közösség, a betegek és az ellátási szintek között. Az alapellátási teamek ideális pozícióban vannak e koordinátori feladat ellátására (WHO, 2008). A tapasztalat azt mutatja, hogy az ilyen jellegű felelősség és hatáskör növeli a team elégedettségi szintjét, a szakma presztízsét, mindemellett csökkenti a szakellátás indokolatlan igénybevételét, amennyiben pedig indokolt gyorsítja a beteg megfelelő ellátó helyre kerülését, csökkenti a kórházi ápolás idejét és javítja a kórházi ápolást követő utógondozás minőségét.

A magyar egészségügyben a kapuóri funkció gyakorlásának, illetve a betegirányításnak az elvi (jogi) keretei adottak. Az alapellátás már most is fejkvóta alapon finanszírozott, innen egy lépés lenne csak a részleges fejkvótás finanszírozást kiterjeszteni úgy, hogy az a háziorvoshoz tartozó populáció ellátásának megszervezéséhez szükséges teljes finanszírozást tartalmazza. Ahogy azt az ÁSZ jelentése is felveti, a magyar

egészségügyi rendszerből hiányzik az ellátásszervező, akinek ráhatása van mind az allokációs, mind a termelékenységi hatékonyság növelésére azáltal, hogy az ellátási szinteket átívelő komplex, integrált szolgáltatások nyújtásában érdekelt.

9.3. Az alapellátás finanszírozásának átalakítása

Az alapellátás finanszírozása világszerte vagy fejkvóta alapon, vagy teljesítmény mutatókhoz rendelt szolgáltatás ellentételezési rendszerben vagy a kettő kombinációjaként működő „kevert” finanszírozási formában valósul meg. A fejkvóta alapú finanszírozás nem minősíthető generálisan rossznak, hisz az Egyesült Államokban a fejkvóta alapú és teljesítmény mutatók alapján finanszírozott alapellátás összehasonlítására elvégzett, a szolgáltatókra és az ellátottakra egyaránt kiterjesztett elemzés az ellátás karakterisztikumaiban lényeges eltéréseket nem tárt fel (Glazier és mtsai, 2009), s számos országban a fejkvóta alapú finanszírozás elvetése helyett, annak finomításán dolgoznak (pl. Egyesült Királyság), de a hazánkban megvalósuló gyakorlat számos olyan problémával terhelt, mely a hatékony alkalmazás gátját jelenti. Bár bizonyos elemek fellelhetők a jogi szabályozás keretei között, de egyértelműen nem került meghatározásra, hogy a fejkvóta ellentételezéseként pontosan milyen szolgáltatások nyújtására kötelezett az alapellátás intézménye. Alapvetően a családorvos lelkiismerete határozza meg a szolgáltatások körét, hisz azok jelentős része (különösen a preventív szolgáltatások) esetében a mulasztás szakmai, jogi és finanszírozási következményeket nem von maga után. 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 reformja magába kell, hogy foglalja a teljesítmény-indikátorok rendszerének kialakítását, melyek között a preventív szolgáltatások indikátorainak bevezetése is elengedhetetlen és finanszírozási konzekvenciákat kell, hogy hordozzon. Az alapellátás szintjén nyújtott preventív szolgáltatások finanszírozása nemzetközi gyakorlat, a legnagyobb nemzetközi egészségbiztosítók szolgáltatási spektrumában is jól azonosíthatók. A Medicare a primer prevenciók szolgáltatások közül finanszírozza a felnőtt vakcinációs (influenza, pneumococcus, hepatitis B) programokat, a dohányzásról való leszokás komplex támogatását, a táplálkozási és diétás tanácsadásokat; a szekunder prevenció területén az emlő, cervix, prosztata, szív-

érrendszeri, diabetes, osteoporosis és glaucoma szűrését; a terciér prevenció kategóriájába sorolható gondozási programokat. Nyilván ez a biztosítótársaság részéről nem karitatív tevékenység, de a súlyos ellátási terhekkel jellemezhető krónikus betegségek megelőzésére, illetve azok manifesztációjának késleltetésére finanszírozott, költségkímélő intézkedés.

9.3.1. Tevékenység-alapú finanszírozás - Struktúrált szolgáltatás

A mai házi-orvosi ellátásban átlagosan öt perc jut egy beteg ellátására. A jelen finanszírozás nem tesz különbséget az adminisztratív jellegű (pl. ismételt gyógyszerfelírás, táppénzes papír, igazolások kiállítása) és a diagnosztikus, illetve gyógyító célú vizitek között. Definitív ellátáshoz öt percnél nyilvánvalóan hosszabb időre van szükség. 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 (e-mail) konzultációkat is.

9.3.2. A prevenció szintjeihez rendelt minőségi indikátorok lehetséges alkalmazása

A tevékenység-alapú finanszírozás másik elemét az ellátás minőségéhez kapcsolt finanszírozás adhatja. Az OECD egészségügyi minőségi indikátor projektjén belül 7 indikátort definiált kifejezetten a betegellátás, 13 indikátort a prevenció ellátás és 6 indikátort az egészség fejlesztési tevékenység jellemzésére (Marshall és mtsai, 2004). Az alapellátás szempontjából fontos diabetes mellitus gondozását további négy indikátor segítségével jellemzik (Greenfield és mtsai, 1995). Az alábbiakban áttekintem azokat OECD által javasolt indikátorokat, melyek a magyarországi viszonylatban a házi-orvosi tevékenységhez köthetők, kitérek továbbá a hazai jogrend által szabályozott szűrésekre is. Mindezt a prevenció szintjeihez (elsődleges, másodlagos és harmadlagos) rendelve tárgyalom.

Elsődleges megelőzés

Egészségfejlesztés

Az egészségfejlesztési tevékenység eredményességének jellemzésére szolgáló indikátorok elsősorban az egészségtudatos magatartásra ösztönző kampányok hatékonyságát tükrözik. Tekintettel arra, hogy a területi ellátási kötelezettség révén Magyarország teljes lakosságának háziiorvosi ellátása elvben biztosított, és a háziorvos az egészségügyi ellátórendszer azon szereplője, aki lakosság közeli ellátást nyújt, így közreműködésükkel az egészségfejlesztési tevékenységek eredményesen szervezhetők, s a hatékonyságukat jellemző indikátorok meghatározásához szükséges adatok a háziiorvosi rendszer keretében megbízhatóan gyűjthetők (15. sz. táblázat).

Az egészségfejlesztési tevékenység hatékonyságának indikátorai

Indikátorok	
Obezitás prevalenciája	30 vagy 30 feletti BMI-jű betegek aránya praxisban korcsoportos és nem szerinti bontásban
Testedzés	Szabadidős sporttevékenység végzéséről beszámolók aránya a praxisban korcsoportos és nem szerinti bontásban
Dohányzás	Dohányzók aránya a praxisban korcsoportos és nem szerinti bontásban
Diabetes mellitus prevalenciája	Diabeteszes betegek aránya a praxisban korcsoportos és nem szerinti bontásban

15. sz. táblázat: Az egészségfejlesztési tevékenység hatékonyságának indikátorai (Bíró és mtsai, 2008).

Immunizációs tevékenységek

A megelőző tevékenységek közül a veszélyeztetett populációk vakcinációja az, amely az OECD által kifejezetten az alapellátáshoz rendelt tevékenység. Ehhez először definiálni kell a veszélyeztetett populációkat, majd célzottan meg kell szólítani és preventív ellátásban részesíteni az érintetteket. Az OECD által javasolt védőoltásokat, ill. az adott oltás szempontjából célpopulációnak minősíthető, veszélyeztetett populációkat, valamint az alapellátási tevékenység eredményességét jellemző arányszámok származtatásának módját a 16. sz. táblázat foglalja össze.

Az elsődleges, vakcinációra alapozott, megelőző alapellátási tevékenység indikátor-arányszámainak származtatása

A védőoltás típusa	Az indikátor arányszám számlálója	Az indikátor arányszám nevezője
Hepatitis B (HBV) oltás	1 éven belül három HBV oltásban részesülők száma	a) hemofiliások, ill. a rendszeresen vérkészítményt kapó betegek b) krónikus vese-elégtelenségben szenvedő vagy hemodialízis alatt álló betegek és a c) parenterális kábítószerrel használók összesített száma a praxisban
Influenza oltás	évente influenza oltásban részesülők száma	a) krónikus légúti betegségben b) krónikus szívbetegségben c) krónikus vese-elégtelenségben d) diabetesben szenvedő betegek e) immunszuppresszív kezelésben részesülők f) otthonban élők és a g) 75 év feletti lakosok együttes száma a praxisban
Pneumococcus vakcináció	évente pneumococcus vakcinációban részesülők száma	a) aszpléniás vagy súlyos lép-elégtelenségben b) krónikus légúti betegségben c) krónikus szívbetegségben d) krónikus vesebetegségben, nephrosis szindrómában szenvedők e) immunszuppresszív kezelésben részesülők f) krónikus májbetegség és a g) cukorbetegség együttes száma a praxisban

16. sz. táblázat: Az elsődleges, vakcinációra alapozott, megelőző alapellátási tevékenység indikátor-arányszámainak származtatása (Bíró és mtsai, 2008).

Másodlagos megelőzés

A másodlagos megelőzés a gyakorlatban a betegségek korai azonosítását célzó szűrővizsgálatokat jelenti, gyakorlatára vonatkozóan jelenleg is van hatályos jogszabály. Az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítási ellátásról és ennek végrehajtásáról szóló 217/1997. Kormányrendelet korcsoportokra lebontva általánosságban határozza meg a társadalombiztosítás terhére térítésmentesen végezhető szűrővizsgálatokat. Az 51/1997. NM rendelet „a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról” tételesen határozza meg azon vizsgálatok körét, melyre a biztosított jogosult, s melyek jellemzően az alapellátás szintjén igénybe vehetők. Ennek értelmében 21 éves kor felett 5 évente kérhető a kardiovaszkuláris kockázatok felmérése (a SCORE-táblázat alapján), illetve a diabetes mellitus kimutatására irányuló szűrővizsgálat elvégzése orális glukóz tolerancia teszttel. Kétévente stomato-onkológiai szűrés és magas kockázatú egyének esetén vesefunkciós vizsgálatok végzése javasolt (kreatinin clearance meghatározása, hematuria és proteinuria kimutatására irányuló vizsgálatok). Negyven éves kor felett az

atherosclerosis kimutatására irányuló vizsgálatok (perifériás erek tapintása, boka-kar index meghatározása), míg 65 éves kor felett évente érzékszervi vizsgálatok végzendők. Rendelet ill. szakmai protokoll szabályozza (40/2003 ESzCsM rendelet ill. http://efrirk.antsz.hu/szures/cito_protokoll20030917.pdf) az onkológiai szűrések gyakoriságát is: eszerint nőknél 25-65 éves kor között 3 évente méhnyakrák (citológia és colposcopia) és 45-65 éves kor között 2 évente emlőrák (mammográfia) felismerésére irányuló szűrővizsgálatok végezhetőek (Matejka és Kiss, 2006).

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.

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). Ennek tükrében több indikátort is definiáltak az asztmás és a hipertóniás betegek gondozásának illetve a gondozási tevékenység hatékonyságának jellemzésére. Tekintettel arra, hogy a diabeteses beteg gondozása is alapvetően háziorvosi kompetencia, indokolt, hogy az OECD a diabetes betegek gondozására kidolgozott indikátorai is bekerüljenek a háziorvosi tevékenység minőségét jellemző indikátorok közé (17. sz. táblázat).

Az alapellátásban végzett gondozási tevékenységet jellemző indikátorok

A tevékenység típusa	Az indikátor arányszám számlálója	Az indikátor arányszám nevezője
Dohányzásról van leszokást támogató tanácsadás asztmás betegek számára	Azoknak a száma, akik tanácsot és szaksegítséget kaptak a dohányzásról való leszokás érdekében	A dohányzó asztmás betegek száma
Vérnyomásmérés	Az elmúlt 5 évben vérnyomásmérésben részesültek száma	A praxisban nyilvántartott 25 évnél idősebb lakosok száma
Ismételt vérnyomásmérés azoknál, akiknél 160/100 Hgmm-nél magasabb értéket mértek*	A három hónapon belül ismételt vérnyomásmérésben részesülők száma	160/100 Hgmm-t meghaladó vérnyomású betegek száma
A hipertonia diagnosztizálása kapcsán végzett laboratóriumi vizsgálatok	A diagnózis felállításától számított három hónapon belül végzett a) vizelet fehérje vizsgálat tesztsíkkal, b) szérum kreatinin és elektrolit meghatározás c) vércukorszint meghatározás d) szérum-összkoleszterin szint meghatározás és e) EKG vizsgálat együttes száma	Hipertóniával diagnosztizált betegek száma
HgA1c mérés évente	HgA1c vizsgálatok száma	A cukorbetegek száma a praxisban
LDL koleszterin mérés évente	LDL koleszterin szint meghatározások száma	A cukorbetegek száma a praxisban
Éves szemfenék vizsgálat	Szemfenék vizsgálatban részesülő cukorbetegek száma	A cukorbetegek száma a praxisban

* Az OECD egészségügyi minőségi indikátor projektjében javasolta a 160/100 Hgmm-es határértéket ezen indikátorhoz; a nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében javasoljuk e – szakmai megfontolások alapján elfogadhatatlan – határérték használatát

17. sz. táblázat: Az alapellátásban végzett gondozási tevékenységet jellemző indikátorok (Bíró és mtsai, 2008).

A teljesítményarányos finanszírozás alapvető feltétele a hipertóniás, a diabeteses és az asztmás 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 indikátorválasztás indoklása

Az általam javasolt indikátorok nem a házi orvosi tevékenység teljes spektrumát, hanem a betegségmegelőzési/gondozási tevékenységet fedik csak le. Tekintettel arra, hogy a házi orvosoknak már jelenleg is jelentős többszintű adatszolgáltatási kötelezettsége van

(többek között rendszeresen jelentenek az OEP, a KSH és az ÁNTSZ felé), igyekeztem olyan indikátorok meghatározását felvetni, ami a klinikai irányelvek szerinti ellátás nyújtása esetén nem igényelne többletráfordítást. A 2006. szeptembere óta kötelező jelleggel végzett tételes betegforgalmi jelentés minimális módosításával és egy azt támogató szoftver bevezetésével az általam bemutatott indikátorok meghatározásához szükséges adatok elérhetővé válnának.

Ismeretes az itt bemutatott rendszernél teljesebb körű indikátorrendszer alapján többletfinanszírozást nyújtó alapellátási finanszírozási rendszer is. Nagy-Britanniában a Quality and outcomes framework keretén belül több mint 100 indikátor jelentése alapján lehet tevékenységáramnyos többletfinanszírozást igényelni. Egy ilyen komplex indikátorrendszer bevezetése a jelenlegi rendszertől rendkívül nagyfokú alkalmazkodást követelne meg, jelentős többletterhet róna rá és elképzelhető, hogy ahelyett, hogy motiválná a házi orvosokat a tevékenység végzéséhez kötött finanszírozás megszerzésére, érdektelenséggel, általános ellenállással reagálnának rá. A 2005-ben meghirdetett házi orvosi prevenció pályázat keretén belül lehetőség nyílt arra, hogy a házi orvosok többletfinanszírozáshoz jussanak prevenció programjuk megvalósításával. A pályázatban elnyerhető összeg és a vállalt feladatok között feszülő aránytalanság miatt a program általános érdektelenségbe fulladt (a rendelkezésre álló 885 millió forintból 240 milliót osztottak szét úgy, hogy a beadott pályázatok támogatottsága 98% feletti volt) (Matejka és Kiss, 2006).

Összegezve elmondható, hogy a fentiekben bemutatott indikátorok megteremthetik a lehetőségét az alapellátásban végzett preventív tevékenység monitorozására. További fontos hozadéka ennek a rendszernek, hogy az OECD szakértői által kidolgozott indikátorok alkalmazása biztosíthatná a magyar alapellátás színvonalának jobb nemzetközi összehasonlíthatóságát.

9.4. 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 házi orvosi praxisnak nemcsak nyilvántartani (s a jelenleginél jobban szabályozott keretek között, a

személyiségi jogok tiszteletben tartásával jelenteni) 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. Ezt az adatbázist nem az orvos tartja karban, hanem a feladatra is képzett adminisztrációs asszisztens (az amerikai rendszerben „panel-manager”, (Bocienheimer, 2008)), aki rendszerezi az adatokat, szervezi az egyének behívását, informálja a team tagokat soros teendőikről. A hazai alapellátási teamben ezeket a feladatokat a népegészségügyi szakember is elláthatná.

A minőségbiztosítási rendszer kialakítására és ennek a finanszírozásban való megjelenítésére egyértelmű szakmai igény van (Bíró és mtsai, 2008).

9.5. Új irányok

A disszertációban szereplő elemzéseket 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 prevenciós, gyógyító, gondozási és gyógyszerrendelési tevékenységekhez kapcsolódó indikátorok alapján történő teljesítményértékelés részletes szabályait tartalmazza. Külön indikátorokat határoztak meg a felnőtt- (és vegyes-) valamint a gyermekpraxisok vonatkozásában.

A felnőtt- (és vegyes-) praxisok esetén az alábbi indikátorokat értékelik:

1. A prevenciós, gyógyító, gondozási tevékenységekhez kapcsolódó indikátorok:

- influenza elleni védőoltásban részesült 65 év felettek aránya,
- népegészségügyi célú, szervezett emlőszűrésen (mammográfia) a megelőző két évben részt vett 45-65 éves nők aránya,
- magas vérnyomás miatti kezelésben részesültek aránya a 40-54 évesek körében,
- magas vérnyomás miatti kezelésben részesültek aránya az 55-69 évesek körében,
- a megelőző 12 hónapban szérum kreatinin vizsgálatban részesült magas vérnyomásos betegek aránya,

- lipidanyagcsere kapcsán végzett vizsgálatban részesültek aránya a magas vérnyomásos vagy diabéteszes betegek körében,
- ischaemiás szívbetegek gyógyszeres kezelésének megfelelősége,
- gondozásban részesült cukorbeteg aránya - Hb1Ac vizsgálat,
- gondozásban részesült cukorbeteg aránya - szemvizsgálat,
- továbbküldési arány a szakellátásba,
- antibiotikum kezelés gyakorisága a felnőtt lakosság körében.

2. A gyógyszerrendelési szokásokhoz kapcsolódó indikátorok:

- A02 ATC csoport (Gyomorbántalmak)- monitorozott hatóanyagok: ranitidin, famotidin, nizatidin, omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, rabeprazol, esomeprazol
- A10B ATC csoport (Cukorbetegség)- metformin, gliquidon, gliclazid, glimepirid
- C09 ATC csoport (Magas vérnyomás - RAS-ra ható készítmények)- enalapril (vizelethajtóval, vagy anélkül), lisinopril (vizelethajtóval, vagy anélkül), perindopril (vizelethajtóval, vagy anélkül), ramipril (vizelethajtóval, vagy anélkül), quinapril (vizelethajtóval, vagy anélkül), benazepril (vizelethajtóval, vagy anélkül), cilazapril, fosinopril (vizelethajtóval, vagy anélkül), trandolapril, spirapril, ACE gátlók és kalcium-csatorna blokkolók, losartan (vizelethajtóval, vagy anélkül), eprosartan, valsartan (vizelethajtóval, vagy anélkül), irbesartan (vizelethajtóval, vagy anélkül), candesartan (vizelethajtóval, vagy anélkül), telmisartan (vizelethajtóval, vagy anélkül), valsartan és amlodipin
- C10 ATC csoport (Szérum lipidszintet csökkentő anyagok)- simvastatin, fluvastatin, atorvastatin, rosuvastatin, bezafibrate, gemfibrozil, fenofibrate, ciprofibrate, acipimox, atorvastatin és amlodipin

A gyermek praxisok esetén az alábbi indikátorokat veszik figyelembe:

- pneumococcus védőoltásban részesültek aránya az 1 éves kor alattiak körében,
- meningococcus védőoltásban részesültek aránya a 2 éves kor alattiak körében,
- vaspótló kezelésben részesültek aránya a 10-18 éves lányok esetében,
- továbbküldési arány a szakellátásba,
- ügyeleti ellátásban részesültek aránya a betegforgalom tükrében,

- antibiotikumos kezelésben részesültek aránya.

Az 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 (egyres 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.

Természetesen a fenti újonnan bevezetett rendszer eredményeinek értékelése csak meghatározott idő elteltével lehet újabb kutatás érdekes témája.

10. Tézisek, eredmények és összefoglalás

10.1. Tézis

Egy ország gazdasági fejlődésének történelmi hagyományai alapjaiban határozzák meg az egészségügyi ellátórendszer struktúráját, a piaci allokáció és az állami beavatkozás mértékét

10.1.1. Bevezető

A PhD tanulmányaim kezdetén, az egészségügyi ellátórendszerek hátterének 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 mértékét 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. Vizsgálható tehát az a kérdés, hogy az iparosodás korától eredeztethető egészségügyi rendszerek hogyan alkalmazkodtak a piaci allokációs mechanizmusok elégtelenségéhez?

10.1.2. Eredmények

A nagy-britanniai 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, 2003h). 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, 2009g).

Fogyasztói oldal jellemzői

A brit egészségügy alapvető jellegzetessége, hogy a szolgáltatások igénybevétele ingyenes, míg az Egyesült Államokban 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 jogosultak, ha kiegészítő biztosítással rendelkeznek vagy a szolgáltatás igénybevételekor co-paymentet fizetnek (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.

10.1.3. 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. 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 viselni 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 reformkísérletei 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. Ezt tetézi az a tény, hogy ezek 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.

10.2. Tézis

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

10.2.1. 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?

10.2.2. Eredmények, megbeszélés

Hatékonyság az egészségügyben

Általános megfontolások

Az általános definíció szerint az erőforrások felhasználása akkor a leghatékonyabb, ha az elért haszon össztársadalmi 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). 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 élettartam - disability-adjusted life expectancy, DALE) függvényében vizsgálja, lehetővé téve a korábbi egészségügyi elemzésekkel való összehasonlítást; a másik megközelítés 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 szétosztását 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 kassza előirányzata került rögzítésre azzal a megkötéssel, hogy az aktív fekvőbeteg ellátás irányába nincs lehetőség a konverzióra (Egészségbiztosítási Alap 2006. évi költségvetésének végrehajtása, 2006c).

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. Törvényt 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 háziorvosi 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 alapidíjjal 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.

10.3. Tézis

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

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

10.3.2. Módszer

A protokoll-követést a protokoll által éves rendszerességgel elvégezni javasolt vizsgálatok célpopulációra jellemző gyakorisága jellemzi, ezért 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 került elemzésre.

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.

10.3.3. 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 cukorbeteg 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 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.

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.

10.3.4. 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 cukorbetegség körében 1% illetve 3% alatt van azon betegek aránya, akik esetében az irányelvek szerinti eljárás pontos követése állapítható meg.

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 társszaktámak 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 prevenció) 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 háziorvosok, másrészt mert megbízhatóbb kvantitatív visszajelzést nyújtana a praxisban folyó ellátásról és annak minőségéről.

10.4. Tézis

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

10.4.1. 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.

10.4.2. 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 szakterületeihez, az egészségügyi ellátást nyújtó személyzet tagjainak kompetenciája nem vagy csak részlegesen tisztázott. Jellemzően a háziiorvosi praxis tevékenysége 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 háziorvosok 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 háziiorvosi szolgálattá alakították át, a háziorvosok tevékenysége továbbra is elsősorban vényírásra és beutalásra korlátozódik (Orosz és Burns, 2000).

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

10.5. Tézis

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

10.5.1. Bevezető

A két nagy egészségügyi rendszer összehasonlítása sok tanulsággal szolgált, megmutatta, hogy az alapellátást nyújtó háziorvos 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?

10.5.2. Eredmények, megbeszélés

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 háziorvos 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 (e-mail) 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, 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 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 diabetezes 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 házi orvosi praxisnak nemcsak nyilvántartani (s a jelenleginél jobban szabályozott keretek között, a személyiségi jogok tiszteletben tartásával jelenti) kell a praxisához 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 házi orvosi 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, 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, az otthonápolás és egyéb szociális problémáinak kezelése, s a praxisban regisztrált egyének népegészségügyi szűrőprogramokba való bevonása. Az alapellátási team feladata összefoglalva: a beteg (illetve a háziorvosi ellátásba vont egyének) irányítása a népegészségügyi szolgáltatások és egészségügyi ellátás komplex közegében.

Az ellátás folytonosságának biztosítása

A betegek komplex élethelyzetének ismerete alapvető feltétel az ellátás folytonosságának 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 és Krauss, 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, közösségi és individualizált ellátást egyaránt nyújtó 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 teamek felruházása egy jól definiált populáció teljes egészségügyi ellátása iránti felelősséggel szintén hozzájárulhat a fent megfogalmazott célok megvalósulásához, mivel az alapellátási teamek finanszírozási, illetve szerződéses kötelmeiken keresztül felelőssé tehetők a komplex, integrált, egyénközpontú ellátás biztosításáért, valamint az egészség promóció – 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 kapuőri funkcióját (azáltal, hogy az egészségügyi ellátásba való belépés rajta keresztül zajlik), a háziiorvosi team 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 team elégedettségi szintjét, a szakma presztízsét, mindemellett csökkenti a szakellátás indokolatlan igénybevételét (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 kapuőri 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 háziorvos az egészségügyi ellátórendszer azon szereplője, aki lakosság közeli ellátást nyújt. Mindazonáltal a részleges fejkvótás finanszírozás inherens hibája, hogy nem ösztönzi a magasabb színvonalú szolgáltatás nyújtását az alapellátásban.

11. Összefoglalás: A dolgozat által feltárt problémák és megállapítások, s azok tanulságainak alkalmazása a hazai egészségügyi ellátórendszer javítása érdekében

Az egészségügy, mint gazdasági tényező jelentőségét méltóképpen jelzi, hogy 2002-ben az egészségügyre fordított kiadások a világ GDP-jének 10%-át tették ki (Gottret és Schieber, 2006).

Az egészségügyben a globális trendeket vizsgálva a korábbi fejezetekben vázoltuk, hogy a világ népességének egészségét tekintve az elmúlt évtizedek mérlegét rendkívüli ellentmondások jellemzik. A gazdasági fejlődés, a foglalkoztatottság és az iskolázottság mutatóinak javulása valamint az egészségügyi rendszerek kedvező változásai elősegítették, hogy a világ számos régiójában nőtt a várható élettartam. Ezzel egyidőben azonban megnövekedett a krónikus betegségek súlya (szív-érrendszeri és a daganatos megbetegedések, elhízás, depresszió, stb.), valamint az alacsony jövedelmű országokban újra felütöttek fejüket a megszűntnek hitt fertőző betegségek és emelkedett a globális méretű járványok kockázata is. A társadalmi és demográfiai világméretű tendenciák növekvő egyenlőtlenségekhez vezetnek; az urbanizáció, a globalizáció és a fejlett országokban a népesség elöregedése általánosan jellemző, az egészségi állapotot is jelentősen befolyásoló tényezők. A negatív életmód minták és egészségkárosító magatartásformák, valamint az ezekhez kapcsolódó gazdasági érdekek is globalizálódnak. Nem hagyhatók figyelmen kívül a környezetszennyezésből, az éghajlati változásokból adódó egészségi kockázatok sem. Az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet egyre erőteljesebben jelenik meg, s a lakosság tájékozottságának növekedésével ez az igény a magasszintű, fejlett infrastruktúrát igénylő szolgáltatások iránt fogalmazódik meg. Így nem meglepő, hogy a világon mindenhol az egészségügy legnagyobb kihívása az, hogy milyen módon csökkenthető a technológiai fejlődés által nyújtott diagnosztikai és terápiás lehetőségek valamint a betegellátás finanszírozására elérhető források között lévő erőteljes feszültség (Orosz, 2008).

Európában is alapvető célkitűzés az egészségügyi reformok mérlegelésekor, hogy csökkentsék azt a trendet, mely szerint az egészségügyi kiadások növekedése folyamatosan meghaladja a GDP növekedés ütemét. Ennek a tendenciának a fő

mozgatórugója a kínálatot jelentősen növelő innovatív gyógyszer és technológia-fejlesztés, melyek bevezetésével és alkalmazásával, az ezzel kapcsolatos problémák is a felszínre kerülnek. Kiderült, hogy az új készítmények, diagnosztikus és terápiás eljárások egy része nem nyújtja azokat az elvárható eredményeket a hagyományos orvosi eljárásokkal szemben, ami miatt alkalmazásukra megfelelő költséghatékonysággal kerülhetne sor. Ugyanakkor használatukban érdekelték a gyártók és az egészségügyi dolgozók is, akik kommunikációs tevékenységük révén jelentős mértékben generálják a kínálat okozta keresletet. A jelzett problémákat Európa egészségpolitikái az új technológiák költséghatékonyságának és hatásosságának vizsgálatával, valamint az alkalmazást befolyásoló fokozottabb szabályozással próbálják enyhíteni. Megállapítható, hogy ebben az évtizedben az Európai Unió egészségpolitikáját tekintve kiemelt szerepet kapott a közös értékek és alapelvek hangsúlyozása, de ezen elvek érvényesítésére a tagországok igen különböző intézkedéseket tartottak célravezetőnek (Orosz, 2008). Ausztriában a 2000-es évek reformjában a hangsúly az Egészségügyi Strukturális Terv létrehozásán volt, valamint előtérbe került a szolgáltatók közötti koordináció erősítése; ugyanakkor hosszas vitát követően elvetették a biztosítók közötti verseny bevezetését. Franciaországban a kórházhálózat tervezésében vezettek be új programot, s ezzel egyidőben kiemelten kezelték a munkaerő hosszútávú tervezésének kérdését is. Hollandiában 2006-tól a reform keretében az addigi társadalombiztosítást felváltotta az üzleti biztosítók által nyújtott kötelező magánbiztosítás rendszere. Dániában bevezették az országos daganatellenes cselekvési tervet és 2007-2018 közötti időszakra minőségi betegellátást támogató tervet fogadtak el a közszolgáltatásokra vonatkozóan. A német reform szembetűnő eleme volt a pénzügyi ösztönzők bevezetése a krónikus betegek hatékonyabb gondozása érdekében. Spanyolországban a változások homlokterében az integrált egészségügyi szervezetek létrehozása állt a betegirányítási rend szigorú meghatározása és betartatása érdekében (Orosz, 2008). Említésre érdemesek a Nagy-Britannában lezajló folyamatok is, mely a dolgozat 3. fejezetében részletes bemutatásra került.

Magyarországon az állampolgároknak alanyi jogon jár az egészségügyi ellátás. Az ellátórendszerre jellemző a döntően köztulajdonban álló infrastruktúra, valamint az elsősorban járulékokból finanszírozott egészségügyi ellátás. Az alapellátás

finanszírozása meghatározóan fejkvóta alapú bázisfinanszírozás. A házi orvosok bevételeik kb. 75%-át a hozzájuk bejelentkezett lakosok után számolt (a praxis-korfával és a házi orvos szakképzettségével korrigált) fejkvóta alapján kapják (Orosz és Burns, 2000). Erre a rendszerre épül a teljesítmény finanszírozott járó- és fekvőbeteg szakellátás. Hasonlóan a brit egészségügyi rendszerhez Magyarországon is alapvető, hogy az ellátás igénybevételekor az ellátás ingyenes. 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 részéről jelentős többletigényt generál, és - ellentétben a brit rendszerrel - nincs az ellátórendszernek olyan szereplője, aki közvetlenül érdekelt lenne ennek korlátozásában. Ami a finanszírozást illeti jelentős feszültségekkel terhelt a rendszer. Bár az alapellátás részleges fejkvótás finanszírozása önmagában egyszerű és kiszámítható, de azáltal, hogy csak a praxis üzemeltetésének költségeit hivatott fedezni a költségek és egyéb ráfordítások mérséklésére ösztönöz (Bonz és mtsai, 2004). Mivel minden a praxisban elvégzett tevékenység többletköltsége a fejkvótából származó bevételt terheli (pl. bérkölség, 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 házi orvosok praxisokban folyó tevékenység elsősorban a vényírásra és beutalásra korlátozódik (Orosz és Burns, 2000). Mindez aránytalan költségnövekedést indukál. Külföldi adatok szerint a házi orvosok 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 jellegéből adódóan eleve drágábban képes előállítani (Rose és mtsai, 2000; Grunfeld és mtsai, 2006; McAlister és mtsai, 2007), s tovább rontja költséghatékonyságát az a tény, hogy teljesítményelvű, fee-for-service jellegű finanszírozása miatt az ellátás növelésében érdekelt (Orosz, 2001).

Az alapellátásban jelentkező problémák és az arra adható válaszok az áttekintés megkönnyítése érdekében az alábbi táblázatban foglalhatók össze:

Korrekcóra szoruló anomália	Javaslat
Az ellátást nyújtó személyzet mennyiségi és minőségi hiányosságai/problémái, a kompetenciák tisztázatlansága	Alapellátási teamek létrehozása, kompetencia szintek egyértelmű meghatározása
Az elvárt szolgáltatás tartalmának hiányos definíciója	Komplex, integrált ellátás nyújtása Az ellátás folytonosságának biztosítása Azonos ponton történő belépés az egészségügyi ellátórendszerbe Az alapellátó kapuöri funkciójának megerősítése Az alapellátó felelőssége egy jól definiált populáció ellátásáért Az alapellátó, mint ellátásszervező
A teljesítmény indikátorok teljes mellőzésével kialakított fejkvóta alapú finanszírozás	Tevékenység-alapú finanszírozás – Strukturált szolgáltatás kialakítása A prevenció szintjeihez rendelt minőségi indikátorok lehetséges alkalmazása (elsődleges, másodlagos, harmadlagos megelőzés)
A minőségbiztosítás hiánya	Az alapellátás minőségbiztosítása

18. sz. táblázat: Az alapellátás korrekcióra szoruló anomáliái és lehetséges megoldások (Bíró és mtsai, nem közölt adatok).

Magyarországon szolgáltatói szinten a pénzügyi kockázat a termelési hatékonyság optimalizálásával, azaz az ellátások költségének szolgáltatói szintű redukciójával volt kezelhető. Ennek egyik megnyilvánulása, - a HBCs alapú finanszírozás bevezetését követően - 1994 és 2000 között az 1 súlyszám/költség arány mintegy 30%-kal nőtt (Gaál, 2004), másrészt egyértelműen érzékelhető volt a teljesítmény mennyiségi fokozása. 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 teljeseedett 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. A 2009. április 1-től bevezetett előre meghatározott alapdíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) makroszinten lényeges változást nem hozott (58/2009. (III. 18) Kormányrendelet 7. §, és 18. § (2-5)). A stratégiai forrásallokáció szintjén kialakult zárt költségvetés a járó- és fekvőbeteg szakellátás finanszírozási lehetőségei (következésképp betegellátási kapacitása) felső határának szigorú rögzítését eredményezte. Elmondható tehát, hogy az egészségügyi szolgáltatás 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 a demográfiai és az epidemiológiai háttér ismeretében biztosan állítható, hogy Magyarországon is változásokra van szükség, mert a rendszer problémái - azt magára hagyva - csak tovább súlyosbodnak. A jelenlegi egészségügyi rendszer minden szintjén jelentkező negatív hatások összeadódva tovább súlyosbítják a betegellátó rendszer működését. El kell indulni azon az úton, ahol a szabályozók és az ösztönzők használata a költségek megfékezését eredményezhetik.

Alapvető fontosságú lenne, hogy elválasztásra kerüljön az egészségügyben a minden állampolgár számára biztosítandó ellátás és a beteg által megvásárolható kiegészítő ellátás. Ehhez azonban elengedhetetlen a szakmailag/gazdaságilag/politikailag meghatározott egészségügyi biztosítási alapsomag tartalmának meghatározása (ez alapfeltétel lenne ahhoz, hogy valódi biztosítási rendszerről kezdjünk el beszélni), ami nem lehetetlen feladat az Oregon-i vagy a holland kísérlet tanulságai alapján (Mihályi, 2003k). Az alapvető egészségügyi ellátás finanszírozása továbbra is közpénzből kellene, hogy történjen, azonban megfontolásra érdemes az egészségügyi járulék helyett az állampolgárok által

befizetendő egészségügyi adó bevezetése (Kornai és EGGLESTON, 2004c). Ezzel megszüntethető lenne a munkaadók és a munkavállalók közös érdekszövetsége a járulékok csökkentésére vonatkozóan. Ennek elindításához szükséges lenne a bérek felbruttósítása (Mihályi, 2008f), mely intézkedéssel az állampolgárok nettó keresetei nem változnának, azonban a lakosság szembesülne azzal a ténnyel, hogy az „ingyenes egészségügy” posztoszocialista téveszme. Elfogadva Kornai János és Karen Eggleston reformjavaslatát, kivitelezhető lenne, hogy minden kereső állampolgár fix adót fizessen az alapvető egészségügyi ellátásért, e fölött pedig az adót jövedelemarányosan kellene megállapítani egy küszöbszintig, mely felett az adó mértéke már erősen regresszív vagy nulla. A kiegészítő egészségügyi ellátások elsődleges finanszírozását az egyén szuverenitását biztosító egyéni és családi befizetések biztosíthatnák. Természetesen mindemellett megfontolandó a munkaadók önkéntes befizetése a munkavállalók további támogatása érdekében. Azaz javasolható egy politikailag vállalható, finanszírozásában fenntartható általános és egyenlő hozzáférés biztosítása az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz, amelynek tartalma az ország gazdasági fejlettségének függvénye. Az alapvető ellátásra beszedett adó/kötelező járulék garanciát kellene, hogy tartalmazzon arra nézve, hogy ez a bevétel kizárólag az egészségügyben használható fel. Ennek állami garantálása azonban csak akkor valósítható meg, ha a jövedelmi és a kockázati szolidaritás társadalmilag elfogadott (Kornai és Eggleston, 2004d). Így nyilvánvalóvá válhatna valamennyi állampolgár számára, hogy szoros összefüggés van a betegellátás színvonala és az adóteher között, ami valószínűleg erősítené az állampolgárok adótudatosságát is. Lényeges azonban, hogy a rendszer a lehető legnagyobb mértékben átlátható legyen, ami erősíthetné a polgárok bizalmát a rendszer működésével kapcsolatban. Ezzel szemben a kiegészítő ellátások azok számára lennének elérhetőek, akik képesek és hajlandóak megfizetni ennek az árát. Ugyanis nem csak pénz, hanem érték-preferencia kérdése is az, hogy ki mennyit hajlandó az egészségére „áldozni”. Mindezek mellett jelentős addicionális hatások is jelentkezhetnének; nagyobb hangsúlyt kaphatna az egyéni és a közösségi szintű prevenció, vagy a kezdetben költségesebb eljárások alkalmazásában a széleskörű bevezetés előtt nagyobb gyakorlatot szerezhethetnének az egészségügyben dolgozók. Az erkölcsi aggályokat csökkenti, ha a választás szabadságát az egyéni szuverenitás fontos feltételeként fogadjuk el, s ennek eredőjeként azt is elismerjük, hogy nincs jogunk megakadályozni, hogy a tehetősebbek pénzeszközüket arra is felhasználják, hogy az alapvető egészségügyi ellátásokon felül több fajta vagy jobb körülményeket biztosító

ellátást vásároljanak maguknak. Ez – amennyiben az alapvető, mindenki számára egyenlő eséllyel hozzáférhető ellátás megfelelően meghatározott – ugyanúgy nem válhat erkölcsi kérdéssé, mint ahogy bármely termék/szolgáltatás vásárlása esetén elfogadható, hogy minden személy az egyéni preferenciájának és pénzügyi helyzetének megfelelően vásárol a piacon. Továbbá elgondolkodtató az a kérdés is, hogy a magyar gazdaság szempontjából kívánatos lenne-e, hogy a tehetősek az igényüknek megfelelő egészségügyi szolgáltatást országhatárainkon kívül vegyék igénybe ezáltal az adott ország gazdaságát támogatva?

Orvosolnunk kellene a harmadik fizető fél problémáját is co-payment alkalmazásával, aminek mértékét aránylag alacsonyan kellene megszabni azért, hogy ne jelentsen „megfizethetetlen” terhet a társadalom bizonyos csoportjai számára, hiszen ezen befizetési módnak az elsődleges célja nem a forrásteremtés, hanem az indokolatlan kereslet és kínálat visszafogása.

Összefoglalva elemi tételként kellene érvényesülnie, hogy a finanszírozás módszerének ötvöznie kell a biztosítás és a társadalmi csoportok közötti redisztribúció elemeit.

Kulcsfontosságú továbbá az árszabályozás mellett az egészségügyben alkalmazandó költségvetési plafon használata (és szigorú betartatása) is, a hatékonyság növelésének kikényszerítése. Meghatározó jelentőségű lenne egyrészt a társadalombiztosítási-alapok és a központi költségvetés közötti átjárhatóság csökkentése, majd megszüntetése, másrészt a társadalombiztosítási alapokon belül a jelenlegi egészségügyi járulék minimum- és maximum határainak markánsabb meghúzása (Mihályi, 2008g). Gazdaságunk nem engedhetné meg magának azt az évek óta tartó gyakorlatot, hogy elviseli a puha költségvetési korlátot az egészségügyi szektorban. Ahhoz, hogy ez ellen érdemben tudjunk fellépni meg kell érteni a szereplők (beteg, orvos, kórházigazgató, politikus, tulajdonos) motivációját (Kornai, 2008). Lényeges elem továbbá a valódi szolgáltatói verseny kialakítása azáltal, hogy a közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatók mellett azonos feltételekkel megjelenhessenek a magánszolgáltatók is, szabályozás és ellenőrzés mellett, a minőségi elvárások érvényesítésével (Kornai, 1998; Kornai és Eggleston, 2004e). Így megvalósulhatna, hogy a finanszírozás az egyén szuverenitása szerinti választást

támogassa függetlenül attól, hogy a betegellátás magán- vagy közfinanszírozott szolgáltatónál történik. Továbbá ez a térítési rendszer megszüntethetné magántulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatók lobby tevékenységét a központi költségvetésből való részesedés érdekében, illetve annak mértékét illetően. Ugyanakkor nem fogadható el a „pénzügyi bajba került” egészségügyi közszolgáltatók külső pénzügyi eszközökkel történő vissza-visszatérő (1996, 2002 évi „konszolidáció”) kisegítése sem, ami túl a vitatható indokoltságon motivációvesztést eredményező negatív tartalmú üzenetet közvetít a jól gazdálkodó egészségügyi szolgáltatók felé. Csak egy adat: 2010 év végén 27,5 Mrd Ft szétosztásakor azok a szolgáltatók kaptak preferenciát, akik ki nem fizetett, 60 napon túli szállítói tartozással rendelkeztek (az elkölthető forrás 50%-a ezen kedvezményezetti körhöz került). A támogatás ellentételezéseként még csak azt sem kérte senki, hogy készítsen a pénzügyileg nehéz helyzetben lévő egészségügyi szolgáltató menedzsmentje később számonkérhető egy úgynevezett „konszolidációs tervet” arra nézve, hogy a jövőben milyen belső eszközökkel (átstruktúrázás, profilverésztés, költségcsökkentés, bevétel-növelés) kívánja a belső pénzügyi egyensúlyt megteremteni. A versenyelv megőrzése és a vállalkozókészség támogatása állandó feladat, melyet a szolidaritás alapelvének szem előtt tartása mellett kell folyamatosan érvényesíteni (Csaba, 2008). Rá kell világítani arra a jelenleg markánsan érvényesülő problémára, hogy a betegútszervezés napjaink egészségügyi ellátórendszerében az össze nem egyeztethető érdekek miatt a rendszerben értelmezhetetlen. Az Önkormányzati Törvény ugyanis az adott térségben élő állampolgárok betegsége esetén az egészségügyi területi ellátásra a megyei/városi önkormányzatokat kötelezi. Ugyanakkor az adott térségben „minisztériumi” irányítás alatt álló progresszív szolgáltatók is működnek, s így a szolgáltatók (önkormányzati versus „állami”) sokszor a finanszírozásból való részesedés miatt ellentétes érdekeket jelenítenek meg. Ezt a helyzetet súlyosbítja az a tény, hogy a területi ellátási kötelezettségtől függetlenül a betegbeutalási rend meghatározása az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSz) feladata. Napjainkban tovább bonyolítja a rendszert, hogy a korábbi ÁNTSz egyes funkciói a Megyei Kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szerveihez kerültek, míg más feladatok az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) hatáskörében maradtak. Így nem csoda, hogy a legtöbb szolgáltató fenntartója, illetve menedzsmentje nem is érti a kapcsolatot és a különbséget a betegirányítási rend és az ellátási kötelezettség között. Ebből adódik, hogy a beteg szinte elvész a szolgáltatók között, s esetleg a szükséges

azonnali ellátás sem történik meg. Ilyen és ehhez hasonló esetekkel nap, mint nap szembesülhetünk a média által is közvetítve. A jelenlegi kaotikus viszonyokat a jogszabályi keretek egyértelmű rendezésével megszüntetni, illetve szabályozni kell.

Nem szabadna kategórikusan elutasítani azt a lehetőséget sem, hogy a központi intézmények vagy a helyi önkormányzatok teljes egészében vagy részlegesen eladják a tulajdonukban levő kórházat nonprofit vagy forprofit működési elvű társaságnak, vagy a tulajdonjog átadása nélkül lehetővé tegyék, hogy a kórházat nem állami vállalkozás üzemeltesse (természetesen kormányzati szabályozás és ellenőrzés mellett az egészségügyi ellátás minőségi követelményeinek betartásával) (Kornai és Eggleston, 2004f).

A közgazdaságtan régi, általánosan elfogadott alapvetése, hogy az innováció a gazdasági haladás legfontosabb motorja (Schumpeter, 1934). Az innovációnak számos definíciója ismert. Az Európai Unió meghatározása szerint: „Az *innováció a tudás alkalmazásának folyamata, a termékek és szolgáltatások, valamint ezek piacainak megújítása és növelése, új eljárások alkalmazása a termelésben, az elosztásban és a piaci munkában, a menedzsmentben, a szervezetekben és a munkafeltételekben, a munkaerő szakmai ismereteinek bővítése és megújítása.*” (EC, 2004). Bár az egészségügyben az innováció kérdésköre jelen dolgozat kereteit messze meghaladó probléma, de néhány gondolat erejéig azonban mégis ki kell térnünk rá.

A világon mindenhol központi kérdés az egészségügyben az innováció, mivel ez lehet az egyik olyan terület, amely képes lehet a gazdasági növekedés fellendítéséhez hozzájárulni és a munkahelyteremtést célzó Európa 2020-as stratégiában lefektetett tudás-alapú gazdaság megteremtését támogatni, a hozzáférhetőség (access) ill. megengedhetőség (affordability) problémakör figyelembe vétele mellett is. Az egészségügyi innováció a társadalom egésze szempontjából akkor hasznos, ha egészségnyereséget eredményez, vagy a társadalom számára más kedvező hozadék van. Napjainkban, a pénzügyi megszorítások időszakában könnyen vonzó kormányzati stratégiává alakulhat az a feltételezés, hogy egy kis országnak nem kell saját magának is befektetnie az innovációba, hisz elegendő lehet, ha átveszi a máshol már bevált módszereket, eredményeket. Ezzel azonban azt kockáztatjuk, hogy kimaradunk az innovációs folyamatból és nem, vagy nem kellő mértékben részesülünk annak eredményéből, elveszítjük az időbeni hasznosítás lehetőségét (Vajda, 2008).

Napjainkban figyelemreméltó lehetőséget teremt az e-Egészség, amely az egészségügyi rendszer megszervezésének új formáit és innovatív termékeket kínál, s bár ennek jelentősége főleg a fejlett egészségügyi szolgáltatásokkal bíró országokban egyértelmű, de az uniós tervek szerint a gazdaság talpra állításában jelentőséggel bír. Az elmúlt időszakban a gazdasági válság által okozott nehéz körülmények ellenére is a gyógyszeripar volt az, amely a háttérfeltételek kedvezőtlen változásához rugalmasan alkalmazkodott. Mivel az új gyógyszerek jelentős hasznot hoztak Európa országaiban az elmúlt időszakban, így a tendencia fenntartása érdekében az Unió jelentős befektetéseket eszközöl az innovatív gyógyszeripari kezdeményezésekbe. Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy a gyógyszeripar által kezdeményezett klinikai kipróbálások egyrészt a köz- és magánszféra jól képzett dolgozóit közös érdekeltségszövetségbe tömörítik, másrészt a közszféra magasan kvalifikált dolgozói számára jelentős bevételi forrást jelentenek ezen együttműködések. Az egészségügyi innovációban az ún. „high-end” termékként megjelenő orvosi műszerek, diagnosztikai eszközök az egészségügyi ellátás biztonságát és a hatékonyság növelését hivatottak támogatni. Fontos megjegyezni továbbá, hogy a gyógyszeriparra jellemző multinacionális túlsúllyal szemben az orvosi műszereket nagy számban kis- és középvállalatok fejlesztik ki, s ezáltal a munkahelyteremtést előmozdító gazdasági célok eléréséhez is hozzájárulnak.

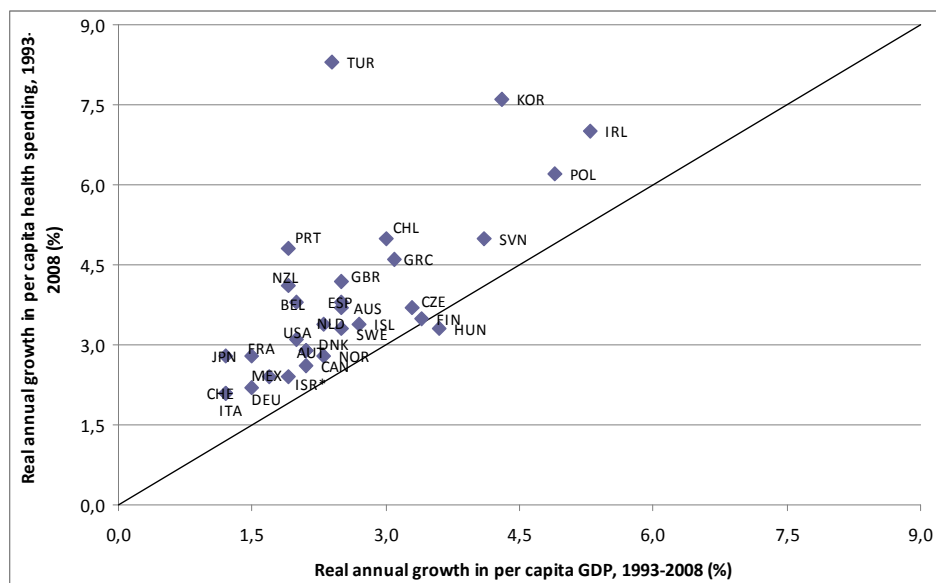
Napjaink egészségügyi ellátó rendszerében a betegek egyre inkább fogyasztókká válnak és úgy is viselkednek, így a társadalom részéről egyre markánsabban fogalmazódik meg a döntéshozók irányába az az elvárás, hogy a legújabb gyógyszerekhez és a legmodernebb eszközökhöz való hozzáférés mind szélesebb körben biztosítva legyen. Azonban az egészségügyet érintő innováció legnagyobb hátránya, hogy a kínálat fokozása, illetve azon belül a költségesebb új eljárások térhódítása, következtében megnövekednek az egészségügyi ellátás költségei. Egyre élesebben jelentkezik az orvostudomány fejlettségi szintje alapján lehetséges és a gazdaságilag megengedhető szintű betegellátás közötti szakadék. Ugyanakkor méltányolandó az ipar oldaláról az a felvetés, hogy ha nincs az innovatív termékeknek piac, akkor a kutatás-fejlesztési befektetéseik teljesen hasztalanok, s ennek a felismerésnek a gyakorlati leképezése a gazdasági fejlődés gátját jelentheti.

„Az egészségügyi innováció megerősödéséhez alapvető követelmény lenne az adekvát és kiszámítható szabályozó rendszer, amely stabil, az innovatív folyamatot elősegítő környezetet biztosítja. Fontos továbbá a hatékonyan működő piac, amely az innovációt befektetésnek fogja fel, elősegítve az egészségfejlesztés szűkös forrásainak hatékonyabb használatba vételét, allokációját. Ennek elengedhetetlen eszköze a jól szabályozottan működő szabadalmi rendszer, amely biztos alapot szolgáltat a tudásbázisú gazdaság számára, ösztönzi az innovációt” (Vajda, 2008).

Hazánk közfinanszírozott egészségügyi rendszerében súlyos kihívás a társadalom szélesebb rétegét érintő alapvető kötelezettségek teljesítése és a kevesek által igényelt költséges innovatív technológiák alkalmazása közti egyensúly megteremtése. Így a politika döntéshozói számára – a kiadások körüli harcok keretében – komoly feladatot jelent egy innovatív egészségügyi ágazati szektor létrehozása.

A dolgozat tézisei alapján is igazoltan a magyar egészségügyi rendszer számos elemi problémával terhelt. Mindaddig, míg a betegellátás az alapvető kérdéseket tekintve is kezeletlen problémákkal küzd, addig nem is érdemes a biztosítói kérdéskörrel foglalkozni, hiszen a szektor jelenleg a működésképtelenség határát feszegeti.

Ehhez járul hozzá a hazai egészségügyi ellátás abszolút és relatív értelemben is fennálló alulfinanszírozottsága. Az 1993 és 2008 között eltelt tizenöt évben érvényesülő tendencia jelzi, hogy még a szerényebb gazdasági potenciállal rendelkező országok esetében is a GDP százalékban kifejezett évenkénti növekedésének átlagos mértékét meghaladja az egészségügyi/népegészségügyi kiadások növekedésének éves átlaga, azaz az egészségügy részesedése a GDP-ből egyre növekszik. Az OECD tagállamok közül kizárólag Magyarország esetében marad el a GDP növekedésének mértékétől az egészségügyi kiadások mértéke, mely a finanszírozás relatív csökkenését jelenti (OECD Health Data, OECD Publishing, Párizs, 2010a) (28. sz. ábra).



28. sz. ábra: Az egészségügyi kiadások és a GDP évi átlagos növekedésének (%) viszonya az OECD tagállamokban, 1993 – 2008 (OECD Health Data, OECD Publishing, Párizs, 2010a)

Igaz az, hogy potenciálisan kedvezőbb feltételeket teremthet az egészségi állapotnak a magasabb gazdasági fejlettség és hozzájárulhat a várható élettartam növekedéséhez, azonban a nagyobb egy főre eső GDP szükségszerűen nem jár együtt a népesség jobb egészségi állapotával. Azaz az egészségi állapot és gazdasági fejlettség között a kapcsolat kétirányú (Orosz, 2008).

„Talán nincs még egy területe az emberi életnek, amelyben a közgazdaság alapkérdése, a szűkösség ennyire drámai módon vetődne fel, mint az egészségügyben.” (Kornai és Eggleston, 2004g).

Messzemenően egyetértve Kornai János és Karen Eggleston fentebb idézett megállapításával nem hallgatható el, hogy hazánk még mindig nem ismerte fel, hogy az egészség befektetés a jövőbe, ezért az egészségügy költségvetési korlátai csak egy határig csökkenthetőek büntetlenül. Azt is el kell ismerni, hogy a szűkös forrásokat sem kellő hatékonysággal használja fel az ország a szektorban. Az ellátási szintek mindegyike számtalan problémával terhelt, s ezek természetükből fakadóan egymásra is

hatással vannak: következésképp mindazon reformkísérletek, melyek csak az ágazat egyes részein avatkoznak be, eleve kudarcra vannak ítélve. Rá kell ébredni, hogy építkezni mindig csak alulról felfelé érdemes, ha azt akarjuk, hogy stabil, szintenként strukturált „házunk” legyen. Tovább nehezíti a gondokat, hogy napjainkban a betegek még mindig az ingyenes egészségügy ábrándjában élnek, az egészségügyi dolgozók egy része pedig állami – közfinanszírozott – szolgáltatás keretében látja el magánpraxisát, s a hálapénznek köszönhetően a korrupcióra kényszerül nap, mint nap ahelyett, hogy a munka felelősségéhez mért juttatásokkal ismerné el a társadalom ezt a fajta leterheltséget. Mindezek mellett - visszautalva a korábbiakban leírtakra - az egyén egészségével kapcsolatban nem értelmezhető a „gazdasági totálkár” fogalma sem, így minden állampolgár számára teljesen természetes, hogy betegsége esetén nem elfogadható az anyagi korlát figyelembe vétele a gyógyulása ellenében. Tehát az erkölcsi, etikai kérdések tovább feszítik a jelenlegi szűkös forrásokkal küzdő, s azokat is nem kellő hatékonysággal hasznosító egészségügyi rendszert. Amennyiben Magyarország gazdasági fejlődéséhez is hozzájáruló valódi egészségügyi reformban gondolkozunk egyáltalán nem túlzás kijelenteni, hogy hazánk szocio-kultúrájában is szemléleti változást kell elérnünk. Ennek pedig az egyik legfontosabb módja, hogy széles nyilvánosság elé tárjuk a szektorban fellelhető problémákat és nyíltan beszéljünk róla, hiszen Illyés Gyula szavaival élve: „növeli, ki elfödi a bajt”. Az utolsó utáni pillanatban vagyunk, hogy „megforduljunk a lovon” és az ad hoc rendszerfenntartó intézkedéseken kívül meghatározzunk és végig vigyünk egy valódi reformot az egészségügyben az alapellátás átalakítására építve.

„A pozitív scenárió, hogy a kormányzat olyan reformprogramot alakít ki, amely összehangoltan törekszik a megfelelő intézményi feltételek, ösztönzők és információ megteremtésére – annak érdekében, hogy az egészségügyi ellátásban minél inkább érvényesüljenek a minőség és hatékonyság kritériumai.” (Orosz, 2006).

Tanulnunk kell(ene) a jóléti államok egészségügyi rendszereikre vonatkozó törekvéseiből és kudarcaiból, le kell(ene) szűrnünk a konzekvenciákat nem félve a társadalmi/politikai visszhangtól, elindulva a valódi reformok útján, hiszen ahogy Kornai János fogalmazott egy 2007 évi előadásában:

„Biztos, hogy minden új rendszer először csikorogva, sok hibával működik. Ezért párhuzamosan kell megnyerni az embereket a reformoknak - és ugyanakkor felkészíteni az első üzemzavarokra. A változtatás előzetes túldicsérése visszafelé süllhet el. Inkább azt kell előre tisztázni: lesznek hibák - de készek vagyunk menet közben javításokra. Figyelünk majd a panaszokra és orvosoljuk azokat.” (Kornai János, 2007).

12. Hivatkozások jegyzéke

- ÁDÁNY, R. [megjelenés alatt]: Megelőző orvostan és népegészségtan, 2. kiadás, ÁDÁNY, R. [2008]: A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. Népegészségügy. 86. 5-20. Medicina, Budapest.
- 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.
- ALMA ATA DECLARATION [1978]: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. Letöltve http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf helyről 2011. január 10.
- ÁLLAMI SZÁMVEVŐSZÉK [2005]: Jelentés az Egészségbiztosítási Alap működésének ellenőrzéséről. 0508. 35.
- ÁLLAMI SZÁMVEVŐSZÉK [2007]: Vélemény a Magyar Köztársaság 2008. évi költségvetési javaslatáról. 0736 T/3860/1. 174.
- BAICKER, K., Chandra, A. [2004]: Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. Health Affairs. (Suppl. web exclusive: W4-184–197)
- BALOGH, S. [2000]: Háttér adatok a házi orvosi ellátásról I. Medicus Universalis. 33. 21-25.
- BALSA, A. I., McGuire, T.G. [2003]: Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. Journal of Health Economics 22 89–116.
- BARA, Z., Szabó K. (Szerk.) [2006a]: Gazdasági rendszerek, országok, intézmények. Aula Kiadó. 6-18.
- BARA, Z., Szabó K. (Szerk.) [2006b]: Gazdasági rendszerek, országok, intézmények. Aula Kiadó. 81-148.
- BARA, Z., Szabó K. (Szerk.) [2006c]: Gazdasági rendszerek, országok, intézmények. Aula Kiadó. 157-177.
- BARA, Z., Szabó K. (Szerk.) [2006d]: Gazdasági rendszerek, országok, intézmények. Aula Kiadó. 245-265.
- BARA, Z., Szabó K. (Szerk.) [2006e]: Gazdasági rendszerek, országok, intézmények. Aula Kiadó. 270-310.

- BARA, Z., Szabó K. (Szerk.) [2006f]: Gazdasági rendszerek, országok, intézmények. Aula Kiadó. 91-94.
- BARR, N. [2009a]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 135-139.
- BARR, N. [2009b]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 35-52.
- BARR, N. [2009c]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 404-406.
- BARR, N. [2009d]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 406-411.
- BARR, N. [2009e]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 399-403 és 124-129.
- BARR, N. [2009f]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 408-409.
- BARR, N. [2009g]: A jóléti állam gazdaságtana. Akadémiai Kiadó, Budapest. 422-453.
- BECK, C.A., Lauzon, C., Eisenberg, M.J., Huynh, T., Dion, D., Roux, R., Racine, N., Carignan, S., Diodati, J.G., Charbonneau, F., Lévesque, C., Pouliot, J.J., Pilote, L.L. [2001]: Discharge prescriptions following admission for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*. 17. 33-40.
- BELGYÓGYÁSZATI SZAKMAI KOLLÉGIUM DIABETES MUNKABIZOTTSÁGA [2003]: A diabeteses beteg gondozása, oktatása. In: Útmutató: Klinikai Irányelvek Összefoglalója 2003/1. Medition Kiadó. 264-265.
- BÍRÓ N., Nádas, Gy., Prugberger, T., Sipka, P. [2010]: Az aktív és passzív foglalkoztatáspolitikai eszközök alakulása, hatásuk a munkaerő-piaci mutatókra. Letöltve a http://mukutir.telco-system.hu/kutatas.plt?ks_no=446 helyről 2011. január 10-én
- BÍRÓ, K., Zsuga, J., Rurik, I., Kormos, J., Ádány, R. [2008]: Az indikátorokhoz kötött tevékenység-alapú finanszírozás lehelőségei az alapellátásban, különös tekintettel a prevenció tevékenység erősítésére. *Népegészségügy*. 86. 53-59.
- BÍRÓ, K., Zsuga, J., Kormos, J., Ádány, R. [2011a]: The effect of financing on the allocation and production efficiency of the Hungarian health care system. *Society and Economy* epub ahead of print, DOI 10.1556/SocEc.2011.0005.
- BÍRÓ, K., Zsuga J., Ádány R [2011b]: 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.
- BLOMQUIST, Å., Léger, P.T. [2005]: Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize. *Journal of Health Economics* 24 775–793.

- BOCIENHEIMER, T. [2008]: The future of primary care: transforming practice. *New Eng J Med.* 359. 2086-2089.
- BOERI, T. [2002]: Let Social Policy Models Compete and Europe Will Win”, konferencia előadás, Kennedy School of Government, Harvard University, 2002. április 11-12.
- BONCZ, I., Nagy, J., Sebestyén, A., Kőrösi L. [2004]: Financing of health care services in Hungary. *Eur. J. Health Econ.* 5. 252-258.
- BONCZ, I., Sebestyén, A., Döbrössy, L., Kovács, A., Budai, A., Székely, T. [2007]: A méhnyakrák szűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orvosi Hetilap.* 1148:2177-2182.
- BONCZ, I., Sebestyén, A., Döbrössy, L., Péntek, Z., Kovács, A., Budai, A., Kövi, R., Ember, I. [2008]: A szervezett emlőszűrési program második ciklusának (2004-2005) részvételi arányai. *Orvosi Hetilap.* 149. 1491-1498.
- BRUNI, M. L., Nobile, L., Ugolini, C. [2009]: Economic incentives in general practice: The impact of pay-for-participation and pay-for-compliance programs on diabetes care. *Health Policy* 90 140–148.
- BUETTGENS, M., Garrett, B., Holahan, J. [2010]: America under the Affordable Care Act. Letöltve www.kff.org, 2011. január 20-án.
- CHRISTAKIS, D. A., Wright, J. A., Zimmerman, F. J., Bassett, A. L., Connell, F. A. [2003]: Continuity of Care Is Associated With Well-Coordinated Care. *Ambulatory Pediatrics* 3:82-86.
- CUTLER, M., Zeckhauser, J. [2000]: The anatomy of Health Insurance. In: *Handbook of Health Economics.* Elsevier Science. 564-643.
- CSABA, L. [2008]: Életképes modell-e a szociális piacgazdaság? A közjóról. Szent István Társulat. Budapest. 65-82.
- CSILLAG, I. [2001]: Költségvetési összhangzattan – Diktatúrából a demokráciába? *Közgazdasági Szemle, XLVIII. évf.* 824–843.
- CSILLAG, I., Mihályi, P. [2006]: Kettős kötés. A stabilizációs és a reformok 18 hónapja. *Globális Tudás Alapítvány.* Budapest. 37.
- CSITE, A., Németh, N. [2007]: A születéskor várható élettartam kistérségi egyenlőtlenségei az ezredforduló Magyarországon. *Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás.* II. 2. 257-289.

- DARÓCZI, E., Kovács K. [2004]: Halálzási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak. Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézetének Kutatási Jelentései. 77.
- DeVOE, J. E., Fryer, G. E., Phillips, R., Green, L. [2003]: Receipt of Preventive Care Among Adults: Insurance Status and Usual Source of Care. American Journal of Public Health Vol. 93, No. 5 786-791.
- 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.
- DÓZSA, Cs. [2004]: „Agresszív” HBCS politika Magyarországon: kérdések és válaszok a HBCS rendszer működésével és jövőjével kapcsolatban. IME. III. 4. 17.
- DÓZSA, Cs. [2007]: Egészségbiztosítási Reform 2007-2009. (<http://www.eum.hu/archivum/hirek-esemenyek/egeszsegbiztositasi-090921>)
- DÖBRÖSSY, L. [2004]: Megelőzés az alapellátásban. Medicina Könyvkiadó. Budapest. 68-102.
- EC [2004]: Innovation Management and the Knowledge-driven Economy. Brussels. Letöltve a http://www.innovation.lv/ino2/publications/studies_innovation_management_final_report.pdf 30-36. helyről 2011. január 05-én.
- EEKH [2007]: (www.eekh.hu)
- EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP 2006. ÉVI KÖLTSÉGVETÉSÉNEK VÉGREHAJTÁSA [2006a]: 39.
- EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP 2006. ÉVI KÖLTSÉGVETÉSÉNEK VÉGREHAJTÁSA [2006b]: 32-33.
- EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP 2006. ÉVI KÖLTSÉGVETÉSÉNEK VÉGREHAJTÁSA [2006c]: 8-9.
- EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP 2007. évi költségvetésének végrehajtása [2007a]: 38.
- EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAP 2007. évi költségvetésének végrehajtása [2007b] 37.
- EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM [2005]: Az Irányított Betegellátási Rendszer átfogó értékelése. Budapest. 1-67.
- EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET [2005]: Tájékoztató országtanulmány: Egyesült Államok. Letöltve http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/egyesult_allamok_2005.pdf 2011. január 09-én.

EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET [2008]: Egészségügyi Rendszertudományi Iroda: Házi orvosok finanszírozása az EU tagországokban. Letöltve: <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1515>, 2011. január 10-én.

EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIAI KUTATÓINTÉZET [2010]: Tájékoztató országtanulmány: Egyesült Királyság. Letöltve: http://www.eski.hu/civiltajekoztatas/kepek/ho/anyagok/egyesult_kiraly_sag_2010-január.pdf 2011. január 09-én.

ESzCsM irányelv [2006a]: Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek fejlesztéséhez. Letöltve a www.eum.hu helyről 2011. január 10.

ESsCsM irányelv [2006b]: Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez. Letöltve a www.eum.hu helyről 2011. január 10.

EKE, E., Girasek, E., Szócska, M. [2007]: Rezidens orvosok munkaerő-piaci elhelyezkedési szándékainak, migrációs és pályaválasztási motivációinak vizsgálata. Záró tanulmány. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ. 20-29.

EUROSTAT [2010]: Europe in figures. Eurostat yearbook 2010. (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-10-220/EN/KS-CD-10-220-EN.PDF)

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.

FARKAS É. [2009]: A Szociális Modell alakváltozásai (kutatási fórum beszámoló). Letöltve: http://www.dekdi.unideb.hu/download/pdf/kutatasiforum/2010jan/Farkas_Eva.pdf 8-30.

FAZEKAS, K. [2006]: A magyar foglalkoztatási helyzet jelene és jövője, In: Vizi E. Szilveszter (szerk.): Előmunkálatok a társadalmi párbeszédhez. A Gazdasági és Szociális Tanács felkérésére készített tanulmányok. Budapest. Gazdasági és Szociális Tanács. 126-134.

FAZEKAS, K., Telegdy, Á. [2006]: Munkapiaci trendek Magyarországon, 2005. In: Fazekas, K., Kézdi, G. (szerk.): Munkaerőpiaci Tükör, 2006. MTA Közgazdaságtudományi Intézet - Országos Foglalkoztatási Közalapítvány. Budapest. 13-27.

- FERRER, R.L., Hambidge, S.J., Maly, R.C. [2005]: The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*. 142. 691-699.
- FISCELLA, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C.G., Duberstein, P., McDaniel, S.H., Epstein, R.M. [2004]: Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*. 42. 1049-1055.
- FOLLAND, Sh. [2005] :Health Care in Small Areas of Three Command Economies: What Do the Data Tell Us? *Eastern European Economics* Vol. 43, No. 6 31-52.
- FORGÁCS, A., Vallyon, A., [2003]: Hat ország egészségügyi rendszerének története, reformjai és jelenlegi problémái. *EU Working Papers 2003/3*. VI. 3. 3-45.
- FUJISAWA, R., Lafortune, G. [2008]: The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the factors influencing variations across countries? *OECD Health Working Papers*. No. 41.
- GAÁL, P. [2004]: Hungary. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health System Policies. 67-78.
- GALASI, P. [2004a]: Túlképzés, alulképzés és bérhozam a magyar munkaerőpiacon 1994-2002. *Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek*. BWP 2004/4.
- GALASI, P. [2004b]: Valóban leértékelődtek a felsőfokú diplomák? *Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek*. NWP 2004/3.
- GEOINDEX, [2011]: www.geoindex.hu
- GERÉB, L. [2007]: Az oktatás mint beruházás. De kinek? *Közgazdász fórum*. 10. 21-38.
- GILL, J.M., Mainous, A.G.I., Nsereko, M. [2000]: The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*. 9. 333-338.
- 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.
- GOSDEN, T., Forland, F., Kristiansen, I. S., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M., Pedersen, L. [2000]: Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- GOTTRET, P. and Schieber, G. (eds.) (2006) *Health Financing Revisited*. Washington: The World Bank, 3-4.
- GREENFIELD, S., Rogers, W., Mangotich, M., Carney, M.F., Tarlov, A.R. [1995]: Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus

treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*. 274. 1436-1444.

GREß, S., Delnoij, D., Groenewegen, P.P. [2006]: Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. In: Richard, B., Saltman, A.R., Wienke, G.W. (eds): *Primary care in the driver's seat: organizational reform*. In: *European primary care*. Boerma. Open University Press. 184-200.

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.

GULÁCSI, L. (szerk) [2005]: *Egészségügyi gazdaságtan*. Budapest. Medicina.

HABLICSEK, L. [2003]: A népességreprodukció területi aspektusairól. *Demográfia*. 46/1. 45-72.

HABLICSEK, L., Kovács K. [2007a]: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986-2005. *KSH Népeségtudományi Kutatóintézetének Kutatási Jelentései*. 84. Budapest. 2007/1. 8.

HABLICSEK, L., Kovács K. [2007b]: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986-2005. *Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézetének Kutatási Jelentései*. 84. Budapest. 2007/1. 32.

HABLICSEK, L., Kovács K. [2007c]: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, 1986-2005. *Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézetének Kutatási Jelentései* 84. Budapest. 2007/1. 36.

HAYEK, F.A. [1995]: A tudás társadalmi hasznosítása. In: *Piac és szabadság. Közgazdaságtani és jogi Könyvkiadó*. Budapest. 241-252.

HFA [2011]: *Health for All database*.

HJORTDAHL, P. [2001]: Continuity of care — going out of style? *British Journal of General Practice*, September 699-700.

HUANG, J., Lam, S. K., Malfertheiner, P., Hunt, R. H. [2003]: Has education about *Helicobacter pylori* infection been effective? Worldwide survey of primary care physicians. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 18, 512–520.

HUNGAROSTUDY 2002 Országos Reprezentatív Felmérés [2002]: A középkorú magyar népesség idő előtti életminőség-csökkenésének és halálzásának bio-pszicho-

szociális meghatározói, a megelőzés lehetőségei.
(<http://www.behsci.sote.hu/szechenyi.htm>)

HUSZ, I. [2001]: Az emberi fejlődés indexe. In: Szociológiai Szemle. 2. 72-83.

JACK, W. [2006]: Optimal risk adjustment with adverse selection and spatial competition. *Journal of Health Economics* 25 908–926.

JATURAPATPORN, D., Dellow, A. [2007]: Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 8. 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.

JUHÁSZ, A., Nagy, Cs., Páldy, A. [2009]: A magyar lakosság társadalmi-gazdasági státusz index alapján meghatározott helyzete és a korai halálozása közötti összefüggés, 1998-2004. *Népegészségügy*. 87. 3.

KAPUR, K., Joyce, G. F., Escarce, J. J., Van Vorst, K. A. [2000]: Visits to primary care physicians and to specialists under gatekeeper and point-of-service arrangements. *American Journal of Managed Care*, 6 (11): 1189-1196.

KERTESI, G., Köllő, J. [2001]: A gazdasági átalakulás két szakasza és az emberi tőke átértékelődése Magyarországon, 1986–1999; A bérszerkezet átalakulása Magyarországon, 1986-1999. III. rész. *Közgazdasági Szemle*. XLVIII. 11.

KERTESI, G., Köllő, J. [2002]: Labour demand with heterogenous labour inputs after the transition in Hungary, 1992-1999. *Budapest Working Papers on the Labour Market*. BWP 2002/5.

KERTESI, G., Varga, J. [2005]: Foglalkoztatás és iskolázottság Magyarországon. *Közgazdasági szemle*. ISSN 0023-4346. 52. 7-8. 633-662.

KÉZDI, G. [2002]: Two phases of labour market transition in Hungary: intersectoral reallocation and skill-biased technological change. *Budapest Working Paper on the Labour Market*. BWP 2002/2.

KIMMAN, M. L., Voogd, A. C., Dirksen, C. D., Falger, P., Hupperets, P., Keymeulen, K., Hebly, M., Dehing, C., Lambin, Ph., Boersma, L. J. [2007]: Follow-up after curative treatment for breast cancer: Why do we still adhere to frequent outpatient clinic visits? *European Journal of Cancer* 1-7.

- KINCSES Gy. [2007]: Egyenlőtlenlégek a magyar egészségügyben. (http://www.eski.hu/new3/publ/eloadasok/2007/egyenlotlensegek%20%202007%20NET%20r_elemei/frame.htm)
- KLINGER, A. [2006]: Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről. I. Demográfia. 49/2-3. 197-231.; Újabb adatok a vidéki kistérségek és a budapesti kerületek halandósági különbségeiről. II. Demográfia. 49/4. 342-365.
- KLINGER, A. [2007]: A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. Demográfia. 50. 2-3. 252-281.
- KOLLÁNYI, Zs., Imecs O. [2007a]: Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre. Demos Magyarország Alapítvány. 17-37.
- KOLLÁNYI, Zs., Imecs O. [2007b]: Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre. Demos Magyarország Alapítvány. 59-68.
- KOPP M., Balog P., Konkoly Thege B., Salavecz Gy., Stauder A., Csóka Sz., Módis R. (2009): A lelki egészség epidemiológiai, pszichofiziológiai vizsgálata és a lelki egészségmegőrzés lehetőségei. Népegészségügy 87.(2) 52-58.
- KORNAI, J. [1992]: Posztszocialista átmenet és az állam. Gondolatok fiskális problémákról. Közgazdasági Szemle. 6. 489-512.
- KORNAI, J. [1998]: Az egészségügy reformjáról. 7. fejezet. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest. 46-47.
- KORNAI, J. [2007]: Az "Egészségbiztosítási reform 2007-2009" konferencia vitaindító előadása, Budapest, Parlament, 2007. január-25-26.
- KORNAI, J. [2008]: A puha költségvetési korlát szindrómája a kórházi szektorban. Közgazdasági Szemle. LV. 1037-1056.
- KORNAI, J., Eggleston, K. [2004a]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. , Budapest. 100.
- KORNAI, J., Eggleston, K. [2004b]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. , Budapest. 197.
- KORNAI, J., Eggleston, K. [2004c]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. , Budapest. 137-140.

- KORNAI, J., Eggleston, K. [2004d]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. , Budapest. 140-144.
- KORNAI, J., Eggleston, K. [2004e]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. , Budapest. 122-123., 179-186.
- KORNAI, J., Eggleston, K. [2004f]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. , Budapest. 75.
- KORNAI, J., Eggleston, K. [2004g]: Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. , Budapest. 12.
- KOVACH, J. A. [2001]: Preventive and Primary Care of The Adult With Congenital Heart Disease. American College of Cardiology Jul/Aug 94-98
- KÖLLŐ, J. [2004]: Miért (hogyan) alacsony a foglalkoztatás Magyarországon? Háttéranyag a Tudásalapú gazdaság és munkaerőpiac Magyarországon a XXI. században című NKFP konferenciára. Szirák. 5-6.
- KRAVITZ, R.L., Duan, N., Braslow, J. [2004]: Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. The Milbank Quarterly. 82. 661-687.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL [2006]: Egészségesen várható élettartamok Magyarországon, 2005.
(<http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/idoszaki/tarsjell/tarsellatorendszer.pdf>)
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL [2010]: Magyarország számokban 2009.
- LEON, D. A. [2011]: Trends in European life expectancy: a salutary view. International Journal of Epidemiology 1–7.
- MACINKO, J., Starfield, B., Shi, L. [2003]: The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 38. 831-865.
- MAGYAR HIPERTÓNIA TÁRSASÁG [2003]: A hipertónia-betegség kezelésének szakmai irányelvei. In: Útmutató: Klinikai Irányelvek Összefoglalója 2003/1. 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.

- MATEJKA, Zs., Kiss, N. [2006]: A lakossági szűrések hatékonyságának és az ajánlható célcsoportok meghatározásának EBM alapú irodalmi összefoglalója. ESKI. 146-180. Letöltve a http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/lakossagi_szuresek.pdf helyről 2010. november 14-én.
- 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. [2003a]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 82.
- MIHÁLYI, P. [2003b]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 20-23.
- MIHÁLYI, P. [2003c]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 30-32.
- MIHÁLYI, P. [2003d]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 27-29.
- MIHÁLYI, P. [2003e]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 46-48.
- MIHÁLYI, P. [2003f]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 34-37.
- MIHÁLYI, P. [2003g]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 30.
- MIHÁLYI, P. [2003h]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 209-213.
- MIHÁLYI, P. [2003i]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 261-301.
- MIHÁLYI, P. [2003j]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 294.
- MIHÁLYI, P. [2003k]: Bevezetés az egészség közgazdaságtanába. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém. 160-162.

- MIHÁLYI, P. [2006]: A bérfelzárkózás folyamata a magyar egészségügyben. In: Vizi E. S., Teplán I., Szentpéteri J. (szerk.): A Gazdasági és Szociális Tanács felkérésére készített tanulmányok. Gazdasági és Szociális Tanács. Budapest. 99-110.
- MIHÁLYI, P. [2008a]: Miért beteg a magyar gazdaság? HVG Könyvek. Budapest. 115.
- MIHÁLYI, P. [2008b]: Miért beteg a magyar gazdaság? HVG Könyvek. Budapest. 12.
- MIHÁLYI, P. [2008c]: Miért beteg a magyar gazdaság? HVG Könyvek. Budapest. 12.
- MIHÁLYI, P. [2008d]: Miért beteg a magyar gazdaság? HVG Könyvek. Budapest. 47.
- MIHÁLYI, P. [2008e]: Miért beteg a magyar gazdaság? HVG Könyvek. Budapest. 50-51.
- MIHÁLYI, P. [2008f]: Miért beteg a magyar gazdaság? HVG Könyvek. Budapest. 119-121.
- MIHÁLYI, P. [2008g]: Miért beteg a magyar gazdaság? HVG Könyvek. Budapest. 126-142
- MKKSZ állásfoglalása a közalkalmazotti életpálya-törvény főbb szabályozási elveiről, különös tekintettel a bérrendszer korszerűsítésére [2001] Letöltve a <http://www.mkksz.org.hu/00php/html/main/hirlevel/2001/mkksz-hirlevel200103oktober.pdf> helyről, 2011. január 10-én
- MOLNÁR, A. [2007]: Az orvosok jogállása – új megközelítésben. IME. VI. 9. 26.
- 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.
- MOORE, G., Showstack, J. [2003]: Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. Ann Int Med. 138. 244-247.
- MURAKÖZY L. [2004]: Már megint egy rendszerváltás. Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Kar. Debrecen, 68-75.
- MUSGROVE, P. [2000]: Health insurance: the influence of the Beveridge Report. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6) 845-846.
- MUSZBEK, L., Mandl, J., Bodosi, M., Varga, F., Szalma, B., Balogh, Z., Árokszállásy, É., Varga, P. [2004]: Vitaanyag az egészségügyi dolgozók helyzetéről, jövőjéről, szerepükről az átalakuló egészségügyben. 31.
- NAGY, K. [2003]: Az Európai Foglalkoztatási Stratégia. Európai Tükör 2003/1.
- NAGY, B. [2005]: A fejkvóta alapú forrásallokációs modell továbbfejlesztése. Elméleti alapok és gyakorlati lehetőségek a fejkvóta alapú forrásallokációs modell továbbfejlesztésére Magyarországon. ESKI. 7-18.

- NAGY, B., Dózsa, Cs. [2005]: Az egészségbiztosítás. In: Egészség-gazdaságtan (szerk: Gulácsi). Budapest. Medicina. 309-347.
- NAPH [2008]: America's Public Hospitals and Health Systems, 2008. Results of the Annual NAPH Hospital Characteristics Survey. Letöltve a www.naph.org oldalról 2010. december 20.
- NHS [2010]: Equity and excellence: Liberating the NHS. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health. (<http://www.bournemouthandpoole.nhs.uk/WS-Pan-Dorset/Downloads/NHS-BP/News/Equity%20and%20excellence/Equity%20and%20excellence%20liberating%20the%20NHS%20white%20paper.pdf>)
- NICHOLSON, J. M. [2010]: Risk adjustment in maternity care: the use of indirect standardization. *International Journal of Women's Health*, 2 255–262,
- OALI [2009]: Országos Alapellátási Intézet: Pályázati felhívás. *Házi jogorvos*. II/1. 6-29.
- O'CONNOR, H. J. [2002]: Helicobacter pylori and dyspepsia: physicians' attitudes, clinical practice, and prescribing habits. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16: 487–496.
- OECD [2002]: Education at a Glance. OECD Indicators 2002. Organisation for Economic Co-operation and Development, Párizs.
- OECD [2003a]: Health Care Systems.
- OECD [2003b]: Education at a Glance: 2003. OECD. Párizs.
- OECD [2005]: OECD Health data.
- OECD [2007]: OECD Health data.
- OECD [2008]: Employment in Europe. OECD. Párizs.
- OECD [2009a]: OECD Health data.
- OECD [2009b] KEY EMPLOYMENT STATISTICS
- OECD [2010a]: Value for Money in Health Spending. OECD Health Policy Studies. OECD. 55-56.
- OECD HEALTH DATA [2010b]: OECD Publishing. Párizs.
- OROSZ É. [2001]: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Budapest, Egészséges Magyarországért Egyesület. 327 p. 196.

- OROSZ É. [2006]: Egészségügy: Kihívások és lehetséges válaszok. In: Tausz K. (szerk.): A társadalmi kohézió erősítése. Stratégiai kutatások - Magyarország 2015. UMK, 190-220.
- OROSZ É. [2008].: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a XXI. század elején. In: Globális kihívások, Millenniumi Fejlesztési Célok és Magyarország. ENSZ Akadémia Magyar ENSZ Társaság, 2008, p.89-115. 1-15.
- OROSZ, É. [2010]: Egészség(ügy)ünk helyzete - nemzetközi perspektívában. Önkormányzati Egészségügyi Napok.
- OROSZ, É., Burns, A. [2000]: The Healthcare System in Hungary. OECD Economics Department Working Papers. No. 241. OECD Publishing, 7-35.
- OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION [1986]: First International Conference on Health Promotion. Ottawa. Letöltve a http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf helyről 2010. december 03.
- PALÓCZ, É., Szörfi, B., Bachné Halász M. [2006]: Az egészségügy és a versenyképesség kapcsolata. IME. V. 3.
- PITTS, S. R., Carrier, E. R., Rich, E. C., Kellermann, A. L. [2010]: Where Americans Get Acute Care: Increasingly, It's Not At Their Doctor's Office. Health Affairs 29, NO. 9: 1620–1629
- POLÓNYI István [2002]: Az oktatás gazdaságtana. A népesség iskolázottságának alakulása c. fejezet. letöltve a <http://www.tankonyvtar.hu/gazdasagtudomany/oktatás-gazdaságtana-080904-158> helyről, 2011. január 05.
- POLÓNYI, I., Tímár J. [2002]: A népesség, a gazdasági aktivitás és a nemzetközi migráció távlatai Magyarországon, 1950-2050. Közgazdasági Szemle. 11. 960-971.
- PONGSUPAP, Y., Boonyapaisarnchoaroen T., Van Lerberghe W. [2005]: The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and “prime mover family practices”: an exit survey. Journal of Health Science. 14. 3.
- POWELL, M., Exworthy, M. [2003]: Equal Access to Health Care and the British National Health Service. Policy Studies, Vol. 24, No 1.
- PRIMARY HEALTH CARE REPORT of the International Conference 1., [1978]
- PROVENZALE, D. Ofman, J., Gralnek, I., Rabeneck, L., Koff, R., McCrory, D. [2003]: Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists – an evaluation of effectiveness and efficiency. American Journal of Gastroenterology. 98. 21-8.

PRENTICE, R. A.[2007]: “Law &” Gratuitous Promises. University of Illinois Law Review No. 3 881-938.

PUTSCH, R. W., Pololi, L. [2004]: Distributive Justice in American Healthcare: Institutions, Power, and the Equitable Care of Patients. The American Journal of Managed Care Vol. 10, SPECIAL ISSUE 45-53,

QOF [2004]: Department of Health: Quality and outcomes framework Guidance. (<http://www.dh.gov.uk>)

RECHEL, B., Dubois, C.A., McKee, M. [2006a]: The Health Care Workforce in Europe – Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization. 1-19,

RECHEL, B., Dubois, C.A., McKee, M. [2006b]: The Health Care Workforce in Europe – Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization. 129-142.

REGIONAL CORE HEALTH DATA INITIATIVE [2005]: Washington. Pan American Health Organization. (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>)

RIVERA, B., Currais, L. [2003]: The Effect of Health Investment on Growth: A Causality Analysis IAER: VOL. 9, NO. 4 312-324.

RICE, N., Smith, P. [2001]: Ethics and geographical equity in health care. Journal of Medical Ethics 27:256–261.

RICE, N., Smith, P. [2002]: Strategic resource allocation and funding decisions. In: Options for Europe (szerk: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J.). Buckingham. Open University Press. 250-271.

RITTER, L., Silber, W., Udell, G. [2008]: Principles of Money, Banking, and Financial Markets. Addison-Wesley.

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. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment. Med Care. 38. 1103-1118.

ROTHWELL, P. [2005]: Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation, Lancet. 365. 176-186.

- RÓZSA, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros, E., Skrabski, Á., Kopp, M. [2003]: A középkorú magyar népesség egészségi állapota: a HUNGAROSTUDY 2002 országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica*. 18/2. 83-94.
- RURIK, I., Kalabay, L. [2008]: A házi orvosok adminisztratív és adatszolgáltatási kötelezettségei Európában. Összehasonlító elemzés a magyarországi kötelezettségekkel. *Orvosi Hetilap*. 149. 867-872.
- RYAN, S., Riley, A., Kang, M., Starfield, B. [2001]: The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 155. 184-190.
- SAPIR, A. [2005] : Globalisation and the Reform of European Social Models. Bruegel letöltve: http://aei.pitt.edu/8336/1/PB200501_SocialModels.pdf 2010. január 06-án.
- SCHMITTDIEL, J. A., Shortell, S. M., Rundall, T. G., Bodenheimer, T., Selby, J. V. [2006]: Effect of Primary Health Care Orientation on Chronic Care Management *Annals Of Family Medicine* Vol. 4, No. 2
- SCHOEN, C., Osborn, R., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, J., Murukutla, N. [2007]: Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*. 26. w717-w734
- SCHROEDER, S.A. [2007]: Shattuck Lecture. We can do better – improving the health of the American people. *The New England Journal of Medicine* 357 (12): 1221-1228.
- SCHUMPETER, J. [1934]: *The Theory of Economic Development*. Harvard UP. Cambridge, Mass. Először kiadva 1911-ben.
- SEMJÉN, A. [2005]: Az oktatási rendszer külső hatékonysága: a gazdaság és a munkaerőpiac elvárásai. In: *Hatékonysági problémák a közoktatásban* (szerk: Hermann, Z.). Tények és érvek. Országos Közoktatási Intézet. Budapest. 11-34.
- SEPULVEDA, M. J., Bodenheimer, T., Grund, P. [2008]: Primary Care: Can It Solve Employers' Health Care Dilemma? *Health Affairs* 27, no. 1: 151–158.
- SHI, L., Macinko, J., Starfield, B., Wulu, J., Regan, J., Politzer, R. [2003]: The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 16. 412-422.
- SHI, L., Stevens, G. D., Politzer, R. M. [2007]: Access to Care for U.S. Health Center Patients and Patients Nationally: How Do the Most Vulnerable Populations Fare? *Medical Care* Volume 45, Number 3 207-213.

- SKRABSKI, Á. [2006]: A társadalmi tőke és a középkorú halálozás összefüggései. *Demográfia*. 46/1. 95-109.
- SMETANA, G.W., Landon, B.E., Bindman, A.B., Burstin, H., Davis, R.B., Tjia, J., Rich, Smith, G.R., Monson, R.A., Ray, D.C. [1986]: Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med*. 146. 69-72.
- SMITH, P., Rice, N., Carr-Hill, R. [2001]: Capitation funding in the public sector. *Journal of the Royal Statistical Society*. 164. 217-257.
- SMITH, P. [2008]: Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience. *Bull World Health Organ*. 86. 884-888.
- STARFIELD, B. [2001]: New paradigms for quality in primary care. *British Journal of General Practice*, April 303-309.
- STARFIELD, B. [2009]: Toward international primary care reform. *CMAJ*. 180. 1091-1092.
- STATISTICAL ABSTRACT OF THE UNITED STATES [2003]: The National Data Book. US Census Bureau.
- SZABÓ, E. [2001]: Magyar Köztisztviselők és Közalkalmazottak Szakszervezete (MKKSZ), szakmai-érdekvédelmi konferencia. Budapest. Letöltve a <http://www.mkksz.org.hu/00php/html/main/hirlevel/1997/mkksz-hirlevel199704december.pdf> helyről 2010. december 3-án
- SZABÓ, K. [2004]: Gazdasági rendszerek, országok, intézmények. Bevezetés az összehasonlító gazdaságtanba. Aula Kiadó. 209-242.
- SZALAI, Á. [2005]: Mikroökonómiai bevezetés. In: *Egészség-gazdaságtan* (szerk: Gulácsi, L.). 71-90. Budapest. Medicina.
- SZATMÁRI, M. [2005]: Alapellátási minőségi indikátorok Donabedian rendszere alapján. *Medicus Universalis*. XXXVIII/4-5. 183-189.
- SZÉLES, Gy, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Pocsai Z, Bajtay A, Papp E, Pásti G, Kósa Zs, Molnár I, Lun K, Ádány R [2005]: A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *Eur. J. Publ. Health* 15. 26-32.
- SZIGETI Sz. [2007]: A magyar egészségügyi társadalombiztosítás teljesítményének rendszerszintű értékelése hatékonyság szempontjából *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 2007/2. 23-32
- TÁRKI [2008]: Köz, teher, elosztás. Tárki monitor jelentések 2008. Szívós Péter – Tóth István György (szerk.) 115-121.

- THORHALLSSON, B [2010]: The corporatist model and its value in understanding small European states in the neoliberal world of the twenty-first century: the case of Iceland. *European Political Science* 9. 375-386.
- UNDP [2011]: <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/HUN.html>
- XU, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeram dini, R., Klavus, J., Murray, Ch. J. L. [2003]: Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet* Vol 362 July 12, 111–117.
- VAJDA A. [2008] : Innováció, hozzáférhetőség, megengedhetőség az egészségügyben. A párbeszéd szükségessége. *Egészségtudomány*, LII. évf. Budapest, 1 szám.
- WAJNBERG, A., Wang, K. H., Aniff M., Kunins, H. V. [2010]: Hospitalizations and Skilled Nursing Facility Admissions Before and After the Implementation of a Home-Based Primary Care Program *Journal American Geriatrics Society* 58:1144–1147.
- WANG, Ch., Villar, M. E., Mulligan, D. A., Hansen, T. [2005]: Cost and Utilization Analysis of a Pediatric Emergency Department Diversion Project. *Pediatrics* Vol. 116 No. 5 1075-1079.
- WALKER A., Maynard A. [2003]. Managing medical workforces: from relative stability to disequilibrium in the UK NHS. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2(1): 25–36.
- WEINBERGER, M., Oddone, E.Z., Henderson, W.G. [1996]: Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*. 334. 1441-1447.
- 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) 40-45.
- WHO [2002]: The European Health Report. (http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf) Copenhagen. 172-175.
- WHO [2008]: The World Health Report 2008. Primary Care Now More Than Ever. (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_whr08_en.pdf) 42-56.
- WOODWARD, C.A., Abelson, J., Tedford, S., Hutchison, B. [2004]: What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*. 58. 177-192.

WOOLF, S. H., Kuzel, A. J., Dovey, S. M., Phillips, Jr, R. L. [2004]: A String of Mistakes: The Importance of Cascade Analysis in Describing, Counting, and Preventing Medical Errors. *Annals of Family Medicine* 2: 317-326.

Jogszabályi hivatkozások

Törvények

CLIV. 1997: CLIV. törvény az egészségügyről 1997.

Ebtv: 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosításról

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

Kormányrendeletek

348/2008. (XII. 31.) Korm. rendelet az irányított betegellátási rendszer megszüntetésével, az elszámolásokkal, valamint az elszámolások ellenőrzésével kapcsolatos eljárási szabályokról

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)

132/2006. (VI. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról 5. § (4)

58/2009. (III. 18) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról 17. §, és 18. § (2-5)

50/2002. (III. 26) Korm. rendelet Az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételeiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól
217/1997. (XII. 01.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról 2. § (6)

43/1999. (III.3.) sz. (többször módosított) rendelete a Magyar Köztársaság Kormányának

11/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet, a házi orvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól

60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

40/2003. (VII. 16.) ESZCSM rendelet az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokkal kapcsolatos egyes miniszteri rendeletek módosításáról (118/2008. (V. 8.) Korm. rendelet 4. § 80. pontja hatályon kívül helyezte).