

EGÉSZSÉGPOLITIKA

Szöveggyűjtemény

Szöveggyűjtemény
az ELTE TáTK Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás
mesterszakának hallgatói számára

Az elektronikus kiadvány a *TÁMOP 4.1.2-08/2/A/KMR* keretében jelent meg.

A tanulmányokat válogatta, a fordítást az eredetivel egybevetette és szerkesztette:

Orosz Éva tanszékvezető egyetemi tanár

ELTE Társadalomtudományi Kar

Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék

© Cambridge University Press, International Monetary Fund, OECD Publishing,
Open University Press, WHO Regional Office for Europe, World Health Organization

Válogatás és szerkesztés © Orosz Éva, 2011

Hungarian edition © ELTE TáTK, 2011



Budapest, 2011

Tartalom

ELŐSZÓ	7
1. fejezet Az EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK TELJESÍTMÉNYÉNEK ÉRTÉKELÉSE	13
Az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelése (Szerkesztette: Peter C. Smith)	13
6.1. Következtetések (Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas, Sheila Leatherman)	13
Koncepcionális keret	15
Statisztikai kérdések	21
Ösztönzők és teljesítményinformáció	25
A teljesítményértékelés politikája	32
A kormányzat perspektívája a teljesítményértékelésre vonatkozóan	34
Jövőbeli prioritások	36
Hivatkozások	37
2. fejezet: Az EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT TÁRSADALMI MEGHATÁROZÓI	40
Számoljuk fel az egészségszakadékat egy generáció alatt! (Commission on Social Determinants of Health)	40
5. rész: Tudás, monitorozás és készségek: az akció gerince	40
16. fejezet: Az egészségi állapot társadalmi meghatározói: monitorozás, kutatás és oktatás (Részletek)	40
A nemzeti egészségi állapot egyenlőtlenségeit vizsgáló surveillance rendszer	41
A tudásbázis növelése	44
Az egészség társadalmi meghatározóira vonatkozó ismeretek terjesztése	45
Hivatkozások	47
3. fejezet: Az EGÉSZSÉGÜGY SAJÁTOSSÁGAI	48
Mit kell tudniuk a makrogazdasággal foglalkozó közgazdászoknak az egészségügyi politikáról? (William Hsiao és Peter S. Heller) (Részletek)	48
II. Miért kell a makrogazdasággal foglalkozó közgazdászoknak érteniük az egészségügyi kérdésekhez?	48
III. Az egészségügyi ellátással és az egészségügyi szektorral kapcsolatos tények és feltételezések	53
Hivatkozások	58

4. fejezet: Az EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA. FENNTARTHATÓ FINANSZÍROZÁST ELŐSEGÍTŐ POLITIKÁK	60
2. fejezet: Egészségpolitikák a szűkre szabott pénzügyi feltételek között (OECD Health Policy Studies) (Részlet)	61
1. Bevezetés	61
2. Az egészségpolitikai lehetőségek áttekintése	65
3. A kiadások megfékezését és a hatékonyság növelését célzó kínálati oldali politikák	68
4. Keresletoldali kérdések és politikák	99
5. Következtetések	108
Hivatkozások	111
Az egészségügyi ellátások finanszírozása az Európai Unióban – kihívások és politikai válaszok (Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos)	114
4. fejezet: Következtetések és politikai ajánlások	114
4.1. Melyek azok a reformok, amelyek valószínűsíthetően a leginkább hozzájárulnak a fenntarthatóság növeléséhez?	114
4.2. Létezik-e az egészségügyi ellátások finanszírozásának optimális módszere?	120
4.3. Egészségpolitikai ajánlások	122
Hivatkozások	124
Az egészségügyi ellátás finanszírozása az Európai Unióban – kihívások és politikai válaszok (Sara Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos) (Részletek)	125
2.2. A finanszírozási alrendszerek leíró elemzése	125
3.4. Elmozdulás a szolgáltatásokért való passzív fizetéstől a stratégiai szolgáltatásvásárlás irányába	133
Hivatkozások	134
5. fejezet: A SZOLGÁLTATÁSOK HATÉKONYSÁGÁNAK ÉS MINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁT CÉLZÓ POLITIKÁK	136
1. fejezet: Miért van szükségünk információra az egészségügyi ellátás minőségéről? (OECD Health Policy Studies)	136
1.1. Az ellátás koordinációja	137
1.2. Megelőzés	140
1.3. Betegközpontú ellátás	142
1.4. Az egészségügyi technológia értékelése és klinikai értékelések	142
1.5. Biztonság – a „minőségszakadék” fennmarad	144
1.6. Eredményfüggő finanszírozás	146
1.7. Minőségvezérelt irányítás	149
1.8. A minőségvezérelt irányítás országokon átívelő jellege	150

1.9. Stratégiai alapú minőségi indikátor: a benchmarking rendszer	152
Hivatkozások	153
A jövő kórházaiba való befektetés	
(Bernd Rechel, Stephen Wright, Nigel Edwards, Barrie Dowdeswell, Martin McKee).....	158
13. fejezet: Következtetések és kritikus sikertényezők	158
Hogyan növelhető a tőkebefektetés hatékonysága?	158
A politikai ráhatás lehető legjobb kihasználása	159
Jobb kórházi rendszerek kialakítása	163
A kórházak kialakítása	166
A minőség biztosítása a projekt kezdetétől.....	168
Befektetés az emberekbe	169
A tervezési folyamat.....	170
4. fejezet: A szolgáltatásvásárlás elmélete (Julian Forder, Ray Robinson és Brian Hardy) (Részletek)	173
Gazdasági szervezetek – koncepcionális alapok	173
A tranzakciók dimenziói	176
Vásárlói implikációk.....	179
Hivatkozások	182
Eredményfüggő finanszírozás (P4P) – nemzetközi tapasztalat és megfontolást érdemlő javaslat	
Észtország részére (Alan Maynard) (Részlet).....	185
A változás ösztönzése az egészségügyi ellátás nyújtásában és vásárlásában	185
Az ösztönzők fontossága	185
Kórházfinanszírozás.....	186
Az orvosok finanszírozása	189
A vásárlói szerep megerősítése: a normatív ösztönzők kifejlesztése.....	190
Normatív kórházi ösztönzők	191
Normatív ösztönzők az orvosok számára.....	196
Következtetések	197
Hivatkozások.....	201
Decentralizáció az egészségügyben	
(Szerkesztette: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite és Karsten Vrangbaek) (Részletek).....	203
1. fejezet: A decentralizációs vita központi kérdései (Vaida Bankauskaite és Richard B. Saltman)	203
A decentralizáció mérése	203
Politikák, értékek és decentralizáció	204
Finanszírozás és decentralizáció	205
Outcome (eredmény) és decentralizáció	205
Hivatkozások.....	207

6. fejezet: Megközelítések az egészségügyi rendszerek decentralizációjának az elemzéséhez	
(Sarah Atkinson)	208
A decentralizáció indokai: a politikai kimenet és eredmény	208
A decentralizáció definiálása: az inputok formális kerete	209
Az egészségügyi rendszerekről alkotott felfogás (imázs): magyarázó hatások	210
Megközelítések az egészségügyi rendszerek decentralizációjának a tanulmányozásához.....	212
Hivatkozások	214

Előszó

Az Egészségpolitika szöveggyűjtemény¹ az egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterképzés több kurzusához is használt kötelező irodalmakból tartalmaz válogatást. A válogatás fő szempontja a hallgatók egészségügyi rendszerre vonatkozó ismereteinek elméleti megalapozása volt; olyan irodalmakat törekedtem válogatni, melyeknek fő mondanivalója valószínűleg egy évtized múlva is érvényes lesz. A szöveggyűjteményben közreadott tanulmányok, illetve tanulmányrészletek olyan ismereteket közvetítenek, amelyek a leendő egészségügyi elemzőket segítik abban, hogy feltérképezzék és leírják egy adott egészségügyi rendszer működését, sajátosságait, és értékeljék annak teljesítményét, akár összevetve más országok egészségügyi rendszereivel és mutatóival. A válogatás betekintést nyújt abba, hogy milyen megfontolások alapján választható ki egy adott időszakban, adott országban az egészségpolitika céljait optimális módon szolgáló – és egymás hatását nem gyengítő – eszközök együttese. A tanulmányok egy része azt is bemutatja, hogy minden egészségpolitikai beavatkozásnak lehetnek nem várt, a célokkal ellentétes hatásai – ezekkel az egészségpolitikai elemzőknek is számolniuk kell.

A szöveggyűjtemény együtt használandó – a szintén ennek a TÁMOP programnak a keretében készült – Egészségpolitika Hallgatói kézikönyvvel, amely az egyes témakörökhöz témavázlatokat, ellenőrző kérdéseket, kötelező és ajánlott irodalmakat kínál a hallgatóknak. A szöveggyűjteménynek további célja az is, hogy segítse az angol egészségpolitikai szaknyelv elsajátítását. A fordításban közétett irodalmak többsége az interneten elérhető, így a szövegeknek angol és magyar nyelven való együttes olvasása elősegíti az egészségpolitika és finanszírozás szaknyelvének megismerését; ugyanis még az angolul kiválóan tudó – de az egészségüggyel még most ismerkedő – hallgatóknak is sokszor gondot okoz az angol szakkifejezések megértése, magyar nyelvű megfeleltetése.

A szöveggyűjtemény öt fejezetből áll. [Az első fejezet az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékelése](#) témakörben az utóbbi években megjelent publikációk egyik legjelentősebbikének az összefoglaló fejezetét tartalmazza. A Peter C. Smith és szerzőtársai által szerkesztett kötet egy lehetséges elméleti keretet nyújt az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékeléséhez, részletesen tárgyalja a teljesítmény egyes dimenziói értelmezésének és mérésének tartalmi és módszertani kérdéseit, valamint a teljesítménymérés szerepét és korlátait az egészségpolitikai döntéshozatalban. Az elmúlt évtizedek reformtörekvéseinek ellentmondásos

¹ A szerkesztő köszönetét fejezi az IMF, OECD és WHO érintett részlegeinek, hogy ingyenesen lehetővé tették a 2., 3., 4. és 5. fejezetben szereplő publikációk magyar nyelvű közzétételét.

tapasztalatai is hozzájárultak ahhoz, hogy az egészségügyi rendszerek és intézmények teljesítményének értékelése napjaink egészségpolitikai szakirodalmának egyik központi kérdésévé vált. A nemzetközi szervezetek és számos ország fejleszt indikátorrendszereket az egészségügyi rendszer teljesítményének értékelésére, mérhetővé tételére. Minden teljesítményértékelést célzó rendszer a következő dimenziók valamilyen kombinációját alkalmazza: a lakosság egészségi állapotának javítása; védelem a betegség pénzügyi kockázatától (igazságos finanszírozás); a betegek/állampolgárok elégedettsége az egészségügyi rendszerrel (az egyének igényeire való reagálóképesség); a szolgáltatások minőségének javítása; az egyenlőtlenségek csökkentése; a hatékonyság javítása; a fenntartható finanszírozás biztosítása; továbbá az egészségpolitikai döntéshozatal transzparenciája és számonkérhetősége. Eltérések lehetnek azonban egyes dimenziók értelmezésében. Így például Peter C. Smith és szerzőtársai kötetének és az OECD Egészségügyi Szolgáltatások Minőségének Indikátorai projektjének – amellyről az ötödik fejezetben olvashatunk – minőségre vonatkozó koncepciója egyaránt magában foglal közös és részben eltérő elemeket is.

A második fejezet témája: az egészségi állapot társadalmi meghatározói. Az 1990-es évek végétől egyre inkább a figyelem előterébe került, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek – melyeknek egyik összetevője az egészségi állapot egyenlőtlenségei – növekedése súlyos gazdasági és társadalmi költségekkel jár együtt. Azokban az országokban, ahol nagyobbak a jövedelmi egyenlőtlenségek, ott nagyobbak az egészségi állapot egyenlőtlenségei is, és számos társadalmi probléma (bűnözés, tinédzserek terhessége stb.) nagyobb mértéket ölt.

A II. világháború után az 1970-es évek végéig az egészségpolitikák prioritása a fejlett országokban az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése, különösen a hozzáférés pénzügyi akadályainak megszüntetése volt. Az 1980–90-es években a legtöbb országban a kormányzati egészségpolitika napirendjéről lekerült vagy háttérbe szorult az egyenlőtlenségek kérdése. A 2000-es években a nemzetközi szervezetektől (különösen a WHO, az Európai Unió egészségpolitikájában) ismét növekvő figyelmet kapott az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek növekedése és ennek káros hatása a hosszú távú társadalmi és gazdasági fejlődésre. Abban az erőfeszítésben, hogy az egyes országokban is ismét a politika „napirendjére” kerüljön az egyenlőtlenségek csökkentése, mérőföldkönek számít a WHO által létrehozott „Az Egészség Társadalmi Meghatározói” Bizottság 2008-ban közreadott jelentése: *„Closing the gap in a generation”*. A második fejezetben szereplő fordítás ebből a jelentésből tartalmaz egy rövid – az egészségi állapot egyenlőtlenségeire vonatkozó tudásbázis növelésére vonatkozó – részletet.

Azért is tartottam fontosnak ennek a módszertani fejezetnek a kiválasztását, mert az egyenlőtlenségek elleni hatásos fellépést nemcsak a politikai elkötelezettség hiánya vagy gyengesége akadályozza, hanem az is, hogy nem állnak rendelkezésre megalapozott koncepcionális kereten alapuló, rendszeresen gyűjtött, nemzetközileg és időben összehasonlítható adatok. Ezek fontosak lennének egyrészt az egészségpolitikák megalapozásához, másrészt ahhoz is, hogy az elkötelezett szakemberek és civil szerveződések megfontolandó érvekkel gyakorolhatnának nyomást az egészségpolitikára.

A harmadik fejezet az egészségügy sajátosságaival foglalkozik – elsősorban a köz- és magánszektor (kormányzat és piac) egészségügyben betöltött szerepének a nézőpontjából. Az egészségügyi rendszerek egyik alapvető sajátossága, hogy mind a piaci, mind a kormányzati kudarcok számottevőek: azaz önmagában sem a piaci mechanizmusok, sem a kormányzati beavatkozás nem képes az erőforrások hatékony (a társadalmi jólétet, az egészségi állapot javulását maximalizáló)allokációjára. Ezért az egészségpolitikák számára alapvető kérdés a „köz” és „magán” szerepének differenciált megközelítése: annak elemzése, hogy az adott országban, adott időszakban az egészségügyi rendszer különböző területein a kormányzati beavatkozásnak és piaci mechanizmusoknak milyen kombinációja biztosíthatja az egészségpolitika céljainak legoptimálisabb elérését. Ennek a megközelítésnek egyik kiváló példája – elsősorban a magánszektorral kapcsolatos mítoszok eloszlatására törekvő – tanulmányrészlet a harmadik fejezetben.

A negyedik fejezet áttekintést nyújt az egészségügy finanszírozásáról, a fenntartható finanszírozást elősegítő politikákról. Az egészségügyi rendszerek finanszírozásának három alapvető funkciója: a forrásteremtés, az egészségbiztosítási alapok képzése, azaz a kockázat megosztásának a módja (a társadalom egészére kiterjedő nemzeti kockázatközösség vagy a társadalom egyes csoportjainak a szintjén kialakított kockázatközösség) és a szolgáltatások vásárlása (azaz a szolgáltatók díjazásának a módja). A fejezetben szereplő szemelvényekből egyrészt átfogó képet kapunk az EU-országok finanszírozási rendszereiről, másrészt a fenntartható finanszírozás értelmezéséről és azokról a stratégiákról, amelyekkel a fejlett országok az egészségügyi kiadások növekedését igyekeztek a romló gazdasági feltételek miatti korlátozott mozgástérhez igazítani az elmúlt évtizedekben.

A fejlett országok egészségügyi rendszereinek finanszírozása komplex rendszert alkot, és országonként számos elérő jellemzőt mutat. Néhány általános jellemző azonban kiemelhető: az USA és Mexikó kivételével az OECD-országokban a kötelező egészségbiztosítás vagy az adókból (központi vagy helyi önkormányzati költségvetésből) finanszírozott egészségügyi ellátás a domináns. A magánkiadások fő összetevői: az önkéntes magánbiztosítás, a háztartások közvetlen kiadásai, továbbá egyéb magánkiadások (nonprofit szervezetek és vállalatok kiadásai). Az informális kiadások (számla nélküli fizetés és hálapénz) elsősorban – de nem kizárólagosan – a volt szocialista országokban jelentős tétele a magánkiadásoknak.

Az Európai Unió országaiban alapvető egészségpolitikai cél, hogy a közfinanszírozású egészségügyi rendszer védelmet nyújtson a betegségnek a jövedelembiztonságot veszélyeztető hatásaival szemben, a gyógyítás költségei ne kockáztassák az egyének jövedelmi helyzetét; mindenki számára biztosítsa az alapvető – jó minőségű és a páciensek elvárásait a lehető legjobban kielégítő – ellátásokhoz való hozzáférést. Az EU országaiban – a közfinanszírozású egészségügyi rendszer domináns szerepe mellett – fontos kiegészítő a magánfinanszírozás is: az önkéntes biztosítás és a társadalombiztosításba nem tartozó szolgáltatásokért történő közvetlen fizetés finanszírozhatja a társadalombiztosítás lehetőségeit meghaladó fogyasztói igényeket. A társadalombiztosítás révén nyújtott jövedelembiztonság nem azonosítható azzal, hogy az ellátásnak az igénybevételkor ingyenesnek kell lennie: a költségmegosztás különböző formáit széleskörűen alkalmazzák az

EU-tagállamokban, többek között a skandináv országokban is, ahol az esélyegyenlőségnek mindig kiemelt prioritást adott az egészségpolitika.

A kötelező egészségbiztosítás komplex rendszer, amelynek alapvető összetevői: az egyének részvételének/jogosultságának a szabályozása; a kötelező biztosításba tartozó szolgáltatások körének (a szolgáltatási csomagnak) a meghatározása; a finanszírozásuk költségeinek megosztása a biztosítás és az egyének közvetlen kifizetései között; a kötelező biztosítás bevételi forrásainak (forrásteremtési módjának) a szabályozása; az egészségbiztosítási alap(ok) képzésének (a biztosítottak kockázatközösségének) a szintje és mechanizmusa (egyetlen országos vagy több decentralizált biztosítási alap létezik-e stb.); a kötelező biztosítás konkrét intézményi keretei (a források beszedését, az alapképzést és a szolgáltatások vásárlását végző szervezetek).

Az utóbbi évek szakmai vitái, publikációi és nemzetközi egészségpolitikai dokumentumai alapján talán nem túlzás azt állítani, hogy paradigmaváltás bontakozik ki az egészségpolitikai gondolkodásban, mindenekelőtt az egészség, az egészségügy és a gazdasági fejlődés kapcsolatára vonatkozó nézetekben. Növekvő hangsúlyt kap az egészség és egészségügy hatása a hosszú távú gazdasági növekedésben: az egészségügyi kiadások hosszú távú beruházások az emberi erőforrásokba, ezáltal a gazdasági növekedés alapvető hajtóerejét jelentik. Növekvő hangsúlyt kap az is, hogy az egészségügyi ellátás lényegesen nagyobb szerepet játszik a népesség egészségi állapotának alakulásában a 40-50 évvel ezelőtti időszakhoz képest.

Amíg a 1980–90-es években az a felfogás volt az uralkodó, amelyik az egészségügyi közkiadásokra első sorban mint a költségvetés számára terhet jelentő, csökkentendő tételként tekintett, a 2000-es évek eleje-közepe óta a szakirodalomban, a nemzetközi szervezetek (WHO, Európai Unió, World Bank stb.) kiadványaiban és a tagországaik által elfogadott politikai dokumentumokban is teret nyer az a nézet, hogy az egészségügyi kiadások – ha azokat hatékonyan használják fel – beruházások a jövőbe, a társadalmi gazdasági fejlődésbe. Mégis: a finanszírozás fenntarthatósága továbbra is alapvető egészségpolitikai kérdés – hiszen a technológia fejlődése, a társadalmi elvárások növekedése és a társadalmak öregedése folyamatosan duzzasztja az egészségügyi kiadásokat. A kormányzatok számára ezért alapvető fontosságú olyan stratégia és eszköztár kialakítása, amely egyrészt alkalmas az egészségügyi közkiadásokat a gazdasági lehetőségek által meghatározott „mozgástéren” belül tartani, másrészt az alapvető egészségpolitikai célok (az egészségi állapot javítása, az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése, az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek mérséklése, az ellátórendszernek a páciensek igényeihez való alkalmazkodása stb.) elérését biztosítani. Ehhez – többek között – szükséges a fenntartható finanszírozás világos értelmezése, az érdekében alkalmazható eszköztár lehetséges pozitív és negatív hatásainak az ismerete. Nyilvánvaló, hogy egy adott ország általában nem egyetlen eszközt, hanem eszközök kombinációját alkalmazza – így fontos, hogy bővüljenek az egészségpolitikai eszközök kölcsönhatására vonatkozó ismereteink is. A fejezetben közzétett fordítások tisztázzák a fenntartható finanszírozáshoz kapcsolódó alapvető fogalmakat, sokoldalúan elemzik a lehetséges egészségpolitikai eszközöket, valamint az alkalmazásuk során felhalmozódott nemzetközi tapasztalatokat. Nem utolsósorban képet kaphatunk arról is, hogy a szakirodalomban milyen álláspontok hódítanak teret, netán ütköznek néhány alapvető kérdésre vonatkozóan.

A kötelező egészségbiztosítás forrásigénye és a gazdasági feltételek közötti feszültség kezelése egyaránt

igényli a társadalom egészségi állapotának, az ellátás iránti szükségleteinek és a gazdasági realitásoknak a figyelembevételét is. A finanszírozás feszültségeinek a kezelésére elvileg a következő eszközök állnak rendelkezésre: a közkiadások bővítése, a hatékonyság növelése (ugyanabból az erőforrásból a korábbinál több szükséglet kielégítése), a szolgáltatási csomag szűkítése, a várólisták kiterjesztése és a társadalombiztosítás szolgáltatásai esetében a betegek által fizetett térítési díj növelése, azaz a költségmegosztás arányainak a módosítása. Valójában az egészségpolitika kérdése az, hogy az egészségügy egyes területein milyen kombinációban és milyen mértékben alkalmazza ezeket az eszközöket. Másképp fogalmazva, például – a nép-egészségügyi prioritásokat figyelembe véve – mely ellátási területekre kellene több forrást biztosítani, és mely területeken viselhető el jobban a betegek terheinek a növekedése.

Az utolsó, **ötödik fejezet** betekintést nyújt **a szolgáltatások hatékonyságának és minőségének javítását célzó politikákba**. Az elmúlt két évtizedben az egészségügyi reformok fő célkitűzése az egészségügyi ellátás minőségének javítása és hatékonyságának a növelése volt. Ezen célok elérése egyaránt fontos ahhoz, hogy a szűkös erőforrásokkal minél nagyobb egészségjavulás legyen elérhető, másrészt hogy a közpénzekből (adókból és/vagy a kötelező biztosítás járulékaiból) származó forrásokon alapuló egészségügyi rendszerek finanszírozása hosszabb távon is fenntartható legyen. Az ebben a fejezetben szereplő fordítások a minőség és hatékonyság javítását célzó reformok, eszközrendszer néhány alapvető elemére vonatkozó nemzetközi tapasztalatokat tárgyalják, beleértve ezen eszközök ellentmondásosságát is.

Az egészségügyi ellátás minőségének javítására és hatékonyságának növelésére irányuló reformok elsősorban a következő alapvető kérdésekre keresik a válaszokat: Hogyan hangolhatók össze az egészségügyi rendszer, a jóléti rendszer és a gazdasági növekedés szempontjai – rövid és hosszabb távon? (Hogyan biztosítható a fenntartható finanszírozás?) Hogyan csökkenthetők az indokolatlan különbségek abban, hogy adott betegséggel ki mikor és milyen ellátáshoz jut hozzá? Hogyan növelhető a betegek biztonsága? Hogyan javítható az egyének/páciensek elégedettsége? Hogyan érhető el minél több „egészségnyereség” a rendelkezésre álló forrásokkal? Hogyan érhető el a modern technológiák költséghatékony alkalmazása? Hogyan biztosíthatók a humán erőforrások az egészségügy eredményes működéséhez? Hogyan befolyásolhatók az egészségi állapotra ható egészségügyön kívüli tényezők?

Általánosan fogalmazva: az egészségügyi rendszer jó vagy rossz működése – a rendelkezésre álló források nagyságán túl – az egészségügyi rendszer szereplőinek a mindennapi működés során hozott döntésein múlik. Azon, hogy a döntésekben (a betegellátástól a minisztériumi döntéshozatalig) mennyire érvényesülnek a minőség, a hatékonyság és az egészségi állapot javításának a kritériumai. A döntéshozókat alapvetően befolyásolják a hozzájuk eljutó információk, nemkülönben az ösztönzők, továbbá a szereplők együttműködésére is ható intézményi keretek. Így a reformok kulcskérdése: az információ, motiváció (ösztönzők), koordináció és intézményi keretek – az egészségpolitikai célokat megfelelően szolgáló – alakítása.

Az elmúlt évtizedekben megvalósított, a hatékonyság és minőség javítását célzó reformok az „útkeresés” szóval jellemezhetők. A finanszírozási és szolgáltatási rendszerben végrehajtott változtatások között egyaránt láthatunk példákat a centralizációra és a decentralizációra, a verseny ösztönzésére és a koordináció erősí-

tésére, a magánszektor súlyának növelését célzó törekvésekre, míg máshol a korábbi időszak céljainak felülvizsgálatára, inkább a magánszektor térnyerésének korlátozására. Általános tapasztalat, hogy a reformok kontextusfüggők: azaz a gazdasági és társadalmi feltételek, valamint az egészségügyi rendszer eltérő jellemzői következtében ugyanaz az eszköz (pl. decentralizáció, privatizáció) más hatással járhat két különböző országban. Ugyanakkor néhány közös vonás is kirajzolódik: a fejlesztéseket tekintve a hosszabb távra szóló stratégiai tervezés, a szolgáltatások területén pedig a koordináció erősítése a szolgáltatók között, különösen a krónikus betegek ellátásában.

A tanulmányokból az is látható, hogy az egészségügy intézményi rendszerének két „rétege” van: egyrészt az intézmények makrostruktúrája, másrészt ezen keretek között a szereplők magatartása, mindennapi működése, döntései – amelyeket az érdekeik, értékeik, tradícióik, attitűdjeik és ismereteik nagymértékben befolyásolnak. Mind a két értelemben új intézményeket kell a reformok során kiépíteni.

Ahogy arról már szó volt, az egész szöveggyűjteményen átívelő kérdés: a gazdaság, egészségügy és egészségi állapot komplex kapcsolatrendszer. A szöveggyűjtemény az Egészségpolitika Hallgatói Kézikönyvvel együtt egyrészt ahhoz kíván hozzájárulni, hogy a hallgatók ebben a szélesebb kontextusban legyenek képesek egy-egy konkrét problémát, intézkedést elemezni, másrészt segíteni kívánja az – általánosabb közpolitikai folyamatba beágyazott – egészségpolitika mint folyamat megértését. Az egészségügyi reformok elemzésekor nemcsak a tartalomra szükséges figyelni (azaz arra, hogy milyen eszközökkel törekszik az egészségpolitikai kormányzat a céljainak, például a minőség és hatékonyság javításának az elérésére), hanem az egészségpolitikai folyamat elemzésére is. A jövőendő szakembereknek ismerniük kell az egészségügy működésének jellemzőit: a szereplők érdekei, értékei, ismeretei, attitűdjei által befolyásolt intézményi kereteket, mechanizmusokat, amelyek körülményei között az egészségpolitikai döntéshozatal végbemegy.

Orosz Éva

1. fejezet

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK TELJESÍTMÉNYÉNEK ÉRTÉKELÉSE

Az alábbi fordítás az utolsó, összefoglaló fejezete Peter C. Smith és szerzőtársai könyvének, amely egy lehetséges elméleti keretet nyújt az egészségügyi rendszerek teljesítményének értékeléséhez, részletesen tárgyalja a teljesítmény egyes dimenziói értelmezésének és mérésének tartalmi és módszertani kérdéseit, valamint a teljesítménymérés szerepét és korlátait az egészségpolitikai döntéshozatalban.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK TELJESÍTMÉNYÉNEK ÉRTÉKELÉSE*

(Szerkesztette: Peter C. Smith)

6.1. Következtetések

(Peter C. Smith, Elias Mossialos, Irene Papanicolas, Sheila Leatherman)

A nyitófejezetben rámutattunk, hogy bármely teljesítményértékelési intézkedésről legyen is szó, annak célkitűzései kettősek: az elszámoltathatóság előmozdítása és az egészségügyi rendszer teljesítményének javítása. A modern egészségügyi rendszer roppant komplex, különböző szereplőkkel teli – mint például a biztosítók, a szolgáltató szervezetek, az egészségügyi szakemberek, valamint a központi és helyi önkormányzatok. E szereplők tevékenységeinek és eredményeinek mérése szükséges feltétel, amennyiben az egészségügyi rendszert – az állampolgárok és a betegek általi elszámoltathatóságnak – megfelelően működtetik. Az elszámoltathatóság saját jogon jó dologként fogható fel, mivel előmozdítja az átláthatóságot, és elősegíti az egészségügyi rendszerről folytatott alapos vitát. Továbbá annak visszaigazolásával, hogy a pénzügyi erőforrásokat hatékonyan használják fel, a teljesítményértékelés növelheti a kormány és az állampolgárok egészségügyi rendszerben történő további befektetéseire iránti készséget. Ebben a kötetben az elsődleges hangsúlyt arra helyezzük, hogy a teljesítményértékelés – és az ebből eredő megnövelt átláthatóság – milyen módon segíti elő

* Peter Smith et al. (eds.) (2009): *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Chapter 6.1: Conclusions. Cambridge, Cambridge University Press, 675–703. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135976/E94887_Part_VI.pdf

közvetlenül az egészségügyi rendszer célkitűzéseinek elérését, így a jobb minőségű és költséghatékonyabb egészségügyi ellátást, illetve a népesség egészségének javulását.

E célkitűzések eléréséhez a mérés önmagában nem elegendő. Könyvünkben a technikailag kielégítő teljesítményértékelési kezdeményezések számos példáját fogjuk bemutatni, amelyek sajnálatosan nem tudtak tényleges hatást gyakorolni az egészségügyi rendszerekre (vagy valójában a szándékolttal ellentétes, káros hatást váltanak ki). Léteznek például a közfinanszírozású rendszerekben olyan teljesítményjelentési formák, amelyeket teljesen figyelmen kívül hagytak; olyan szakmai fejlesztést célzó erőfeszítések, amelyek elhaltak; és olyan központosan meghatározott célok, amelyek a szándékolttal ellentétes, negatív hatásokat idéztek elő. A maximális hatás elérése érdekében a teljesítményértékelést a rendszertervezés más aspektusaival – így például a finanszírozással, a piaci struktúrával, az irányítási intézkedésekkel és a szabályozással – össze kell hangolni. Komoly figyelmet kell továbbá fordítani arra a politikai kontextusra, amelyen belül bármely teljesítményértékelési rendszer megvalósításra kerül. E szélesebben értelmezett egészségügyi rendszerrel kapcsolatos megfontolások figyelembevétele nélkül még a legjobb teljesítményértékelési rendszer is hatástalan marad.

Bármely teljesítményértékelési kezdeményezés hatékonyságát nemcsak a (gyakran fontos) statisztikai megfontolásokkal – így például a pontosság és a validitás – összefüggésben kell értékelni, hanem szélesebb értelemben is, egészen addig a pontig, amíg az elősegíti a tágabban értelmezett egészségügyi rendszer célkitűzéseit. Jelen tanulmány a teljesítményértékelés e tágabb értelemben vett megközelítését kívánja tükrözni. A 2. rész bemutatja a közelmúlt néhány jelentős technikai előrelépését, amelyek az egészségügyi rendszer teljesítménye aspektusainak mérését célozza, a 3. rész a jelenleg alkalmazott – a teljesítményértékelésekben megjelenő információk nagyobb megértését célzó – néhány elemzési technikát vizsgálja, míg a 4. rész az egészségügyi rendszer néhány különösen kihívást jelentő területén megvalósult fejlesztéseket veszi számba. Az 5. rész szándéka szerint az elszámoltathatósági ciklust kívánja teljessé tenni néhány – a teljesítménymérés hatékonyabb alkalmazásának elősegítésére bevezetett – egészségpolitikai kezdeményezés vizsgálatával.

Ebben a fejezetben a politikai döntéshozók számára a legfontosabb tanulságokat vonjuk le, kezdve a koncepcionális keret szükségességének hangsúlyozásával, amely a teljesítményértékelés fejlesztéséhez nyújt információkat. A koncepcionális keret szükséges ahhoz, hogy rendszerszerű megközelítéssel tudjuk a teljesítményindikátorokat kiválasztani. Ezt követően megvizsgáljuk azokat a statisztikai kérdéseket, amelyekkel megfelelően kell foglalkozni, ha azt szeretnénk, hogy a teljesítményértékelés hatékony legyen, és az indikátorok illeszkedjenek egy megfelelő ösztönzési rendszerbe. Az elemzést a teljesítményértékelés lényegi politikai természetének – ahogy azt számos szerző definiálta – tárgyalásával folytatjuk. Az utolsó előtti fejezetben megvizsgáljuk a kormányzat szerepét a teljesítményértékelés ösztönzésében, előmozdításában és végrehajtásában. A zárófejezetben pedig összegezzük azokat a fő prioritásokat, amelyeket álláspontunk szerint bármely egészségügyi rendszernek ki kell tűznie a teljesítményértékelés javítása érdekében.

Koncepcionális keret

Úgy véljük, hogy bármely teljesítményértékelési rendszer alapvető követelménye egy erőteljes koncepcionális keret kialakítása, amelyben a specifikus teljesítménymérések kimunkálhatók, tesztelhetők és rutinszerűen végrehajthatók. E keretnek biztosítania kell, hogy az egészségügyi rendszer teljesítményének összes fő területét számba vegyék. A 2. rész fejezetei összefoglalják a teljesítménymérési fő kategóriákat, amelyek valószínűsíthetően a rendszerek többségében hasznosak. Ezeket az alábbiakban összegezzük.

Az egészségügyi rendszer célkitűzéseivel való összhang

Fontos, hogy a teljesítményértékelés koncepcionális kerete az egészségügyi rendszer kialakításának más aspektusaival összhangban legyen. Ilyen fontos megfontolások lehetnek a finanszírozási rendszer, a piaci struktúra, az elszámoltathatóság és az irányítási intézkedések, az információs technológiai infrastruktúra és a szabályozás. Például a DRG (Diagnosis Related Groups) finanszírozási rendszer alkalmazása esetén fontos annak biztosítása, hogy bizonyos teljesítményértékelési eszközök konzisztensek legyenek a DRG kódokkal. Ez lehetővé teszi a szolgáltatói teljesítmény és a kiadások közötti közvetlen kapcsolódást, és előmozdítja a hatékonyságra vonatkozó megítélést.

Az információs technológiával és a rutin adatgyűjtéssel való integráció

A teljesítményértékelési keret és az egészségügyi rendszer információs technológiája közötti kapcsolat kritikus. A gyors technológiai és elemző módszertani változásoknak és az ezekkel szorosan együtt változó köz- és szakmai attitűdöknek köszönhető a nagy léptékű teljesítményértékelési információs rendszerek alkalmazása, és az ezekben elért fejlődés egyre inkább megvalósíthatóvá vált (Power 1999). A rendszerteljesítmény javításához az új adatforrásokban rejlő potenciál kiaknázására mindeddig széttagolt és egyéni sajátosságú tapasztalatok álltak csak rendelkezésünkre, csekély konszenzust elérve az egyes országok között és az eltérő egészségügyi rendszereken belüli technikai fejlesztésre nézve. Ugyanakkor a technológiai fejlődés megteremtette a kapacitást egy nagy részletezettségű, nagyobb mennyiségű információ tárolására, annak széles körű, gyors és rugalmas terjesztésére, illetve annak gyors naprakésszé tételére. Az egyéni egészségügyi adatok elektronikus nyilvántartásának fejlesztése – amely a beteg egészségügyi történetére vonatkozó minden információt tartalmaz – rengeteg területen elképesztő lehetőségeket teremt a teljesítmény tettenérésére.

Sequist és Bates (2009) bemutatta (5.3. fejezet), hogy számos kihívással akkor kell igazán foglalkozni, ha ez a potenciál a valóságban manifesztálódik. Először is: az adatok abszolút mennyisége és feldolgozhatóságának gyorsasága egyre inkább fontossá teszi azok pontosságának auditálását. Ha a teljesítményadatokra való hagyatkozás növekszik, a hibalehetőség súlyos implikációkat hordozhat. Másodszor: a technológia állandó fejlődése folyamatos infrastrukturális befektetéseket és fenntartást igényel. Biztosítani kell majd az egyre növekvő számú információs rendszer közötti kompatibilitást, amennyiben az ebben rejlő teljes potenciált szeretnénk kiaknázni. Az egészségpolitikai döntéshozóknak azon kell dolgozniuk, hogy biztosítsák az információs rendszerek zavartalan bevezetését, ami rövid távon sem zavarja az egészségügyi ellátás munka-

folyamatait vagy veszélyezteti a hatékonyságot. Harmadszor: az összegyűjtött adatok intézmények és különböző működésmódok közötti összehasonlíthatóságának biztosításában a koordinációs szerep döntő. Végül ilyen tömeges mennyiségű információ tárolása és alkalmazása az egyéni titoktartással kapcsolatban etikai aggályokat vet fel. Röviden: az információs technológiai stratégiát és a teljesítményértékelési keretet olyan integráns rendszerként érdemes felfogni, amelyet – nem elszigetelten, hanem – közösen fejlesztenek ki.

A kiemelt prioritású és nehezen mérhető területek beillesztése

A kötet 4. része rávilágított a teljesítménymérés előrehaladására az egészségügyi rendszer bizonyos, nehezen mérhető – alapellátás, krónikus ellátás, mentális betegségek és tartós ápolás-gondozás – területein. Úgy véljük, hogy ezeknek különösen fontos prioritásoknak kell lenniük, mivel a legtöbb egészségügyi rendszerben ezek a területek teszik ki a legnagyobb kiadási kötelezettségeket, még akkor is, ha a klinikai gyakorlat (és ebből következően a szolgáltatások eredménye) meglehetősen eltérő. Továbbá, megfelelő teljesítményértékelés nélkül rendkívül nehézé válik annak megállapítása, hogy e kihívásos területeken mi működik. Paradox módon ez az a bizonyítékhány, amely e területeket a jövőbeli kezdeményezések kiemelt prioritásaivá teszik.

Általánosabban elmondható, hogy a koncepcionális keret az új fejlesztések prioritásainak azonosítását célozza, és annak biztosítását, hogy az adatgyűjtési és elemzési erőfeszítések nem félrevezető vagy megduplázottak. Röviden: a végső követelmény a teljesítményértékelési eszközök optimális portfóliójának kifejlesztése, amely illeszkedik az egészségügyi rendszer meglévő szervezeti struktúrájába, az elszámoltathatósági intézkedések közé, és az erőforrások és elemzői kapacitás rendelkezésre álló szintjeihez. Ez meglehetősen igényes követelménynek tűnhet, azonban ezzel a szükséges holisztikus szemlélettel szembeni alternatíva, hogy fennmarad az egészségügyi rendszerek széttöredezettsége és bizonyos részének az alacsony teljesítménye.

Nemzetközi összehasonlíthatóságnak való megfelelés

A tartalmi keret kialakításának egyik utolsó megfontolása a nemzeti adatok nemzetközi gyakorlattal való harmonizációja és a nemzetközileg összehasonlított indikátorok meghatározásának sztemderdizálása iránti egyre növekvő igény. Az OECD egészségügyi minőségi indikátor (Health Care Quality Indicator – HCQI) projektje összegyűjti azokat a teljesítményindikátorokat, amelyek a nemzeti teljesítményértékelési rendszerek zömében közösek (6.1.1. doboz), és amelyek a nemzetközi összehasonlításban rejlő potenciált növelik. Az ilyen összehasonlítás a nemzeti elszámoltathatósághoz különösen erőteljesen járul hozzá, és az egészségpolitikai reformok egyik legfontosabb ösztönzője.

6.1.1. doboz: OECD HCQI projekt

Háttér

A 2001-ben elindított OECD HCQI projekt célja az egészségügyi ellátás minőségének nemzetközi mérése olyan összehasonlítható adatokon alapuló indikátorkészlet kifejlesztésével, amely az egyes országokban nyújtott egészségügyi ellátások, szolgáltatások minőségében meglévő különbségeket kutatja.

Indikátorok

Az indikátorokat öt területről gyűjtötték össze:

1. betegbiztonság;
2. a mentális egészségügyi ellátás minősége;
3. az egészségmegőrzés, megelőzés és alapellátás minősége;
4. a diabéteszellátás minősége;
5. a kardiológiai ellátás minősége.

Az indikátorok gyűjtése kettős. Először is: az adatok új indikátorok korlátozott készletéből származnak; az öt terület az indikátorait nemzetközileg elismert szakemberekből álló csoport dolgozta ki.

Másodszor: a tagállamok szakértőinek a tevékenysége mind az öt területen minőségügyi adatrendszerek javítását megalapozó munkára összpontosít.

Forrás: OECD honlap (<https://www.oecd.org/health/hcqi>)

A teljesítménymérések kiválasztása

A teljesítménymérések kiválasztása nemcsak az alapos vizsgálat szempontjából fontos, de nagy szerepet játszik annak meghatározásában is, hogy az egészségügyi rendszer minden egyes szintjén mi számít fontosnak. A 2. részben összefoglaltuk az egészségügyi rendszer néhány célkitűzését, így például az egészségügyi rendszer által a polgárok számára nyújtott egészséget, az egészségügyi rendszer állampolgári preferenciákhoz való igazodását, az egészségügyi rendszer által biztosított pénzügyi védelmet és az egészségügyi rendszer produktivitását (termelékenységét). Továbbá e területek mindegyikén a célok átfogó elérése mellett kiemelt figyelmet fordítunk az elosztási (vagy méltányossági) kérdések fontosságára, amelyek az egészségügyi eredményekben (egészségi állapotban), az egészségügyi rendszer reagálásában és a finanszírozásban meglévő egyenlőtlenségekre vonatkoznak.

A 6.1.1. táblázat összefoglalja a – kötetben megjelenített felfogás szerinti – teljesítményértékelés e jobbára univerzális dimenzióit, mindegyikhez néhány példaindikátort is rendelve.

A teljesítményértékelési módszerek és az adatgyűjtési technikák fejlődése különböző mértékben haladt előre az egészségügyi rendszer teljesítményének egyes dimenzióiban. Bizonyos területeken (pl. a népesség egészsége) jól meghatározott indikátoraink vannak – ilyen a csecsemőhalálozás és a várható élettartam (amelyet esetenként a fogyatékoság figyelembevételével is korrigálnak). Ugyanakkor még ezekben az esetekben is lehetőség van további fontos előrelépésre. A népesség egészségének mérésében különös nehéz annak becslése, hogy az egészségügyi rendszerek milyen mértékben járulnak hozzá az egészségi állapot

javulásához. A 2.1. fejezet bemutatja a közelmúltban kifejlesztett eszközöket, így például az *elkerülhető* halálozás koncepcióját (Holland 1988; Nolte és McKee 2004).

6.1.1. táblázat: Az egészségügyi teljesítmény mérésének dimenziói

Mérési terület	A mérés leírása	Indikátorpéldák
A népesség egészsége	A népesség egészségére vonatkozó aggregált adatok mérése.	Várható élettartam Elvesztett életévek Elkerülhető halálozás DALY (fogyatékosssággal korrigált életévek)
Az egyéni egészségi állapotban elért kimenetek/eredmények	Az egyéni egészségi állapot – a teljes népességhez vagy egyes csoportokhoz viszonyított – mérése. Néhány indikátor a különböző egészségi állapothoz hasznossági rangsorokat is rendel.	Generikus mérések: – SF-36 – EQ-5D Betegségspecifikus mérések: – ízületi hatásmérési skálák – PDQ-39
Klinikai minőség és az ellátás megfelelősége	A betegeknek nyújtott – a kívánt eredmény elérését célzó – szolgáltatások és ellátások mérése. Annak megállapítása, hogy a legjobb gyakorlat alkalmazására kerül-e sor, és a beavatkozások technológiailag megfelelő módon történnek-e meg.	Eredmény- (outcome-) mérések: – egészségi állapot – specifikus műtét utáni kórházi újrafelvétel és halálozási arányok A folyamat jellemzőinek mérése: – a vérnyomásmérés gyakorisága
Alkalmazkodóképesség a páciensek igényeihez	Az egyének kezelési módjának, illetve azon környezetnek a mérése, amelyben a kezelés megvalósul. A rendszer alkalmazkodóképességét a betegek méltóságával, autonómiájával, a bizalmasság tiszteletben tartásával, a betegekkel való kommunikációval, a megfelelő figyelem biztosításával, a társadalmi támogatással és az alapvető kényelem minőségével kapcsolatosan mérik.	A betegek tapasztalatainak mérése A betegek elégedettségének mérése
Méltányosság	Az egészségügyi méltányosság, mértékének a mérése az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, a megfelelő reagálás/alkalmazkodás és a finanszírozás tekintetében.	Hasznossági mérések Hozzáférési arányok Szükséglet szerinti igénybevételi arányok Kiadási küszöbök Egészségi kimenetek mérése (egyes részterületeken)
Termelékenység/ hatékonyság	Az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi szervezetek és az egyes orvosok termelékenységének/hatékonyságának mérése	A munkaerő termelékenysége Költséghatékonyság mérések (pl. beavatkozások) Technikai hatékonyság (kimenet/bemenet mérések) Allokációs hatékonyság (a fizetési hajlandóság mérésével)

Ahogy ezt a 2.2. fejezet rögzíti, az egészségügyi ellátás területén egyre erősödik a betegek egészségi állapotában elért javulás mérése iránti igény, gyakran – a betegek által közvetlenül kitölthető, szubjektív egészségi állapottal kapcsolatos egyszerű kérdőívekből származó – a betegek által jelentett eredménymérések formájában. Mára már bővelkedünk a mérési eszközökben – a részletes feltételspecifikus kérdőívektől a betegek egészségi állapota javulásának generikus eszközig. A teljesítményértékelést tekintve az egyik központi egészségpolitikai kihívás, hogy meg tudjuk határozni a legmegfelelőbb eszközt. Például Angliában a kormány a közelmúltban kötelezővé tette a genetikai EQ-5D – a betegek által jelentett eredményt mérő – kérdőív használatát a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat minden olyan betege esetében, aki a következő négy eljárásban részesül: csípő- és térdprotézis-beültetés, sérv esetén helyreállító operáció és visszérműtét. Ez a kísérlet lehetővé teszi majd az ezekhez hasonló rutinbeavatkozások megvalósíthatóságának és költségeinek felmérését és annak tesztelését, hogy a betegek által jelentett eredménymérésekkel szembeni ellenállás továbbra is megmarad-e az egészségügyi szakemberek némelyikében. A betegek által jelentett eredmények mérése nyilvánvalóan releváns az akut ellátásban, míg ennek olyan területeken való alkalmazása, mint a krónikus vagy a mentális betegségek, változatlanul kevésbé előrehaladott. [...]

A 2.3. fejezet a klinikai minőség nem teljesen egyértelmű fogalmát érinti. A legtöbb teljesítményértékelési rendszer elsődlegesen az egészségügyi ellátás eredményére (*outcome*) összpontosít, pedig ezek alkalmazása problematikus lehet, például olyankor, amikor az egészségi állapotra gyakorolt hatás reálisan nem mérhető időbeli vagy megvalósíthatósági szempontból. Ez különösen fontos a krónikus betegségek esetében. A folyamat mérése ekkor a jövőbeli siker fontos jeleivé válhat (Donabedian 1966). A folyamat mérései olyan beavatkozásokon vagy struktúrákon alapulnak, amelyek szoros kapcsolatban vannak az egészségügyi rendszer eredményeivel, akár az egészségi állapotról, akár az egészségügyi ellátás reagálási/alkalmazkodási képességéről legyen is szó. Az egyik ilyen példa lehet a – kutatási bizonyítékokon alapuló – megfelelő gyógyszerfelírás, amely végső soron jó eredményekhez vezet. A hatékony lefedettség fogalma fontos folyamatmérő eszköz a népesség egészségének mérésében (Shengelia et al. 2003), ami meghaladja a tevékenység pusztá mérését annak révén, hogy a nem hatékony vagy nem megfelelő ellátást korrigálja. A 6.1.2. *doboz* összefoglalja az eredmény- és folyamatindikátorok alapvető előnyeit és hátrányait, valamint a teljesítményértékelés azon területeit, amelyeken az a leghasznosabbnak bizonyul.

A rossz egészséggel összefüggő „katasztrofális nagyságú” kiadások elleni pénzügyi védelem az egészségügyi rendszer alapvető gondja, és a legtöbb magas jövedelmű országban ez az univerzális egészségbiztosítási rendszerek mögötti hajtóerő. Ugyanakkor a kérdés továbbra is akut marad számos alacsonyabb jövedelmű országban, amelyek komoly eltéréseket mutatnak abban, hogy a háztartások (különösen a szegények) mennyire védettek a katasztrofális kiadásoktól. A 2.4. fejezetben leírtak szerint a háztartások vagyonát és megtakarításait érintő hosszú távú hatások azonosítása érdekében az egyik nagy kihívás az egészségügyi ellátások azonnal kiadásain való túllépés.

6.1.2. doboz: A strukturális eredmény- (outcome-) és folyamatindikátorok hasznossága

Az indikátor típusa	Előnyök	Hátrányok	A legjobban alkalmazható területek
Outcome- (eredmény-) indikátorok	• Az érintett szereplők a kimeneti méréseket gyakran tartalmasabbnak látják • Közvetlen figyelem és hangsúly a beteg egészségi céljain • Hosszú távú egészségmegőrzési stratégiák ösztönzése • Nem manipulálható könnyen	• Az indikátorok értelmezése bizonytalan és nehézkes lehet, mivel ezek számos – egymástól elválaszthatatlan – tényező eredményeként jönnek létre • Az adatok összegyűjtése időigényes • Nagy mintavételi számot igényel, hogy statisztikailag jelentős hatásokat lehessen azonosítani • Nehézkesnek bizonyulhat a mérése (pl. a sérülések elfertőződése)	• A homogén eljárások minőségének mérése • A homogén diagnózisok minőségének mérése, a beavatkozások és az eredmények közötti szoros kapcsolódással • A heterogén népességen belül – azonos feltételek mellett – elvégzett beavatkozások minőségének mérése
Folyamat-indikátorok	• Könnyen mérhető, nagyobb elfogultság vagy hiba nélkül • Az ellátás minőségét illetően sokkal érzékenyebb • Könnyebben értelmezhető • A statisztikailag szignifikáns hatások észleléséhez kisebb méretű mintát igényel • Gyakran igen könnyedén felismerhető • Egyértelmű tevékenységi módokat mutat meg • Az eredményeken felül az ellátásnak a betegek által értékelt aspektusait ragadja meg	• Gyakran túl specifikus, egy bizonyos beavatkozásra vagy feltételre összpontosít • Az ellátási modellek és technológiák fejlődésével hamar elavulttá válhat • Csekély értékű a betegek számára, hacsak a betegek nem látják át, hogy ezek hogyan függnek össze az eredményekkel • Könnyen manipulálhatók	• Az ellátás minőségének mérése, különösen olyan kezelések esetében, amelyekben a technikai képességek jelentősége viszonylag elhanyagolható • Az ellátás minőségének heterogén feltételek közötti, különböző helyzetekben történő mérése

Forrás: Davies 2005 és Mant 2001 tanulmányából átvéve.

A 2.5. fejezet bemutatja, hogy a páciensek igényeihez való alkalmazkodás/reagálás területén folyó munka még kezdeti fázisban tart. A betegek megelégedettsége, az időben nyújtott ellátások és a betegek tiszteletben tartása fontos kérdések, és bár számos ország próbálkozik a betegek által kitöltött kérdőívekkel, jelenleg mégis meglehetősen csekély számú, általános elfogadott, az egyes rendszerek közötti összehasonlíthatóságot lehetővé tevő teljesítménymérési eszköz áll rendelkezésre. Még az olyan kézzelfogható, nyilvánvaló fogalom – mint például a várakozási idő – mérése is meglepően problematikus (Sicilliani és Hurst 2005). Az alkalmazkodással kapcsolatos, általánosan elfogadott összesítő mérések fejlesztése mindezek alapján a jövőbeli kutatás prioritási területe kell, hogy legyen.

A méltányosság számos egészségügyi rendszerben központi kérdésként jelenik meg. A háztartási szinten végzett egészségügyi kérdőíves felmérések egyre gyakoribb alkalmazása rengeteg országban növeli a releváns teljesítménymérés fejlesztésének lehetőségét. A 2.6. fejezet bemutatja, hogy jelentős előrehaladás történt a méltányosság összegző mérőeszközeinek fejlesztése területén, ami lehetővé teszi az egészségügyi rendszerek közötti és az időbeli összehasonlítást. Valahányszor, amikor az egészséggel vagy az egészségügyi ellátás igénybevételével kapcsolatos önbevallásos felmérésekre hagyatkozunk, minden esetben alapvető módszertani kérdés, hogy az eltéréseket bizonyos mértékben módszertani hiba okozza-e. Az elektronikus egészségügyi adatok és az olyan objektív eszközök – mint a biomarkerek – kiterjedt használata segíthet e kérdés megválaszolásában.

A termelékenységmérés intellektuális keretet biztosít ahhoz, hogy az egyes – előbbiekben bemutatott – teljesítményméréseket egymás mellé illeszthessük, illetve az elért eredmény szinteket a ráfordított erőforrásokkal összevegyük. Amint azt a 2.7. fejezet tárgyalja, ez a gyakorlatban roppant kihívást jelentő vállalkozás, mert például a kórházak eltérő esetösszetételének a hatását figyelembe kell venni (ki kell szűrni). Az egészségügyi rendszerek összehasonlításakor azonban az összevetés még nehezebb. Mindazonáltal az összehasonlíthatósági kérdéseket illető módszertanban előrelépés tapasztalható – a hatékonyság mérését célzó betegség-alapú megközelítésekre vonatkozó elképzelések különösen ígéretesek.

Statisztikai kérdések

A teljesítményadatok értelmezésekor alapvető probléma, hogy a vizsgált változás milyen tényezőknek tulajdonítható („the attribution problem”). Annak meghatározása, hogy mi okozta az észlelt/megfigyelt teljesítményt, és a teljesítmény bármely variációja mely orvosoknak, szervezeteknek vagy intézményeknek tulajdonítható. Lényeges, hogy a megfigyelt eszközök mögötti oksági viszonyt – az egészségpolitika tájékoztatása, a szolgáltatásnyújtás javítása és az elszámoltathatóság biztosítása érdekében – a pontos forrásoknak tulajdonítsuk. A pontos tulajdonítás érzékeny természete még fontosabbá válik a nyilvános jelentési teljesítményadatok és a teljesítményalapú finanszírozás egyre gyakoribb alkalmazásakor. A 3.1. fejezet felhívja a figyelmet arra, hogy a kutatóknak és a politikai döntéshozóknak körültekintőnek kell lenniük az értékelés és a tulajdonítási hibák megfelelő ellenőrzésében, ha statisztikai módszereket alkalmaznak a „tényező-hatás” értékelésében és a az egészségpolitika tájékoztatásában. A legfontosabb megfontolásokat a 6.1.3. *doboz* foglalja össze.

6.1.3. doboz: Fő megfontolások az ok-okozati összefüggések és hatások elemzésében előforduló torzítás kérdésében

A teljesítménymérések alkalmazóinak érdemes figyelembe venniük a következő ajánlásokat az ok-okozati összefüggések és hatások elemzésében előforduló torzítás vizsgálatokor:

- Értékeljük a vizsgált okok és a javasolt minőségi eredmények közötti lehetséges kapcsolatra, összefüggésekre vonatkozó elérhető jelentéseket – különösen az alábbiak figyelembevételével:
 - az adott tanulmány módszertana;
 - hogyan ellenőrzi az ún. „zavaró” (*confounding*) változókat;
 - a vizsgálatban alkalmazott minta általánosíthatósága.
- Végezzünk prospektív elemzést – az ellátás kívánt és nem kívánt folyamatai és eredményei szempontjából – a kritikus utak azonosítására! Ezen elemzések igyekeznek azonosítani
 - az eredményekre ható lehetséges „zavaró változókat”; és
 - azt a mértéket, ameddig a vizsgálat alá vont okok homogén csoportokba, klaszterekbe oszthatók.
- Az új teljesítményértékelési kezdeményezésekben érdemes körültekintően figyelembe venni a véletlen és a rendszerszintű hibákat a mérésekben és a mintákban a teljesítményértékelés tervezésének kialakításakor. Célszerű intézményesíteni az adatgyűjtési eljárásokat, amelyek a minőségmérésben maximalizálják az adatok (mind elsődleges, mind másodlagos) megbízhatóságát és pontosságát.
- Érdemes kockázatiigazító technikákat alkalmazni a vizsgált oki tényezők és a minőségi indikátorok közötti kapcsolat értékelésére, valamint hierarchikus modelleket használni az elemzésben részt vevő egészségügyi rendszer különböző szintjein megjelenő adatok csoportosításában. Célszerű olyan statisztikai módszerek alkalmazását megfontolni, mint a propensity scores¹ vagy az instrumentális változók.
- Az ok-okozati összefüggések és hatások elemzésében előforduló torzítás nem küszöbölhető ki teljes mértékben, még a „best practice” módszerek alkalmazásakor sem. Érdemes körültekintően monitorozni a teljesítmény vizsgálatokor a felmerülő torzításból származó nem szándékolt hatásokat, különösen, ha a szolgáltatók finanszírozása vagy más ösztönzők a teljesítményméréshez kapcsolódnak.

Forrás: Terris és Aron (2009) alapján átvéve.

A „tényező-hatás” probléma kezelésében a kockázatiigazítás az általánosan alkalmazott megközelítés. Ez a módszer igyekszik igazítani a teljesítményadatokat, hogy igazolni/indokolni tudja a betegek vagy népességi jellemzői közötti variációkat, továbbá ez az a módszer, amely az egészségügyi szolgáltatók részletes összehasonlítására vagy a népesség egészségének széles körű összevetésére alkalmas. Az USA-ban a DRG-vel összefüggő korai erőfeszítéseknek köszönhetően az elmúlt 40 évben a kockázatiigazítás módszereinek folytonos finomítására került sor, különösen bizonyos specifikus betegségek vagy egészségügyi

¹ A propensity score statisztikai hatásvizsgálatok során alkalmazott párosítási modell: a programban való részvétel becsült valószínűsége, amit a tényleges résztvevőkre és nem résztvevőkre is meg kell becsülni. – A szerk.

kezelések eredményeinek kiigazításában. Figyelemre méltó, hogy a (komorbiditást, a kort és egyéb beteg kockázati tényezőt illető) kockázatkigazítás központi elemmé vált a New York-i rendszerben a nyilvánosság számára készült, az egyes szolgáltatóknál a szívkoszorúér-áthidalásos (bypass) műtéteket követő halálozási arányokról szóló jelentésekben.

A 3.2. fejezet bemutatja az egészségügyben a kockázatkigazítás területén végbement előrehaladást, de kiemel számos meglévő kihívást is. Az eddigi legfontosabb tanulságok az alábbiakban foglalhatók össze:

- Optimális kockázatkigazítási modellek olyan multidiszciplináris törekvésekből erednek, amelyekben a klinikusok együttműködnek a statisztikusokkal, valamint az információs rendszerekben és az adatlétrehozásban jártas szakértőkkel.
- A klinikai gyakorlatnak, a betegjellemzőknek és az adatspecifikációknak a különbségei korlátozhatják a különböző országokban alkalmazott modellek más országokban való adaptálhatóságát. A klinikusoknak és a módszertannal foglalkozó szakembereknek meg kell vizsgálniuk a klinikai érvényességet és a statisztikai teljesítményt, mielőtt egy eltérő helyzetben kidolgozott modellt alkalmazni kezdenek.
- A döntéshozók ne bízzanak a statisztikai összegző mérőeszközök (így pl. az R -négyzet-értékek) alkalmazásában, mert azzal nem vonhatók le következtetések a kockázatkigazító modellek teljesítményére vonatkozóan, mivel ezek az értékek nem feltétlenül ragadják meg a modell különböző betegcsoportokra vonatkozó előrejelző képességét.
- Amennyiben az a vélekedés, hogy a betegjellemzők szintén hatást gyakorolnak a betegek számára nyújtott kezelésben megjelenő eltérésekre, akkor a kockázatkigazítás helyett (vagy mellett) célszerűbb a kockázatrétengődés alkalmazása.

Az egészségügyi ellátásban központi kérdés marad az adatok (különösen azok teljességének) minősége, amelyek alapján a kockázatkigazítás megtörténik, különösen a komorbiditás vagy más bonyodalom érvényesülése esetén. Ezen adatok rögzítése végső soron azokon az orvosokon múlik, akiknek a teljesítményét vizsgálják – így jelen van az adatok integritására vonatkozó kockázat, különösen ha a teljesítmény-összehasonlításhoz társított ösztönzők túl erőteljesek. Továbbá a legtöbb kockázatkigazítással összefüggő törekvés továbbra is folyamatban van. Ebből következően sokszor szükség van arra, hogy a kockázatkigazított adatokat megfontolt kvalitatív klinikai magyarázatok kísérjék, hiszen gyakoriak a technikai korlátok. Mindazonáltal, mivel a kockázatkigazítás – az orvosok hitelességének biztosítása érdekében – szinte minden esetben alapvető a teljesítményértékelésben, fontos a jelenlegi módszerek javítását célzó erőfeszítések fenntartása.

A közfinanszírozású egészségügy területén kulcsfontosságú, hogy a kockázatkigazítás kimutassa, miért tartozik felelősséggel a vizsgált intézmény. Az egészségügyi rendszernek például rövid távon az örökölt epidemiológiai mintákra és a kockázatos magatartásra szükséges összpontosítania. Ez a kockázatkigazítás iránti jelentős igényt is magában foglalja, amikor eltérő egészségügyi rendszereket hasonlítunk össze. Az egészségügyi rendszer ugyanakkor hosszabb távon elszámoltathatóvá válhat az epidemiológiai minták és az egészséggel összefüggő magatartásminták javításáért. Ez megváltoztatja a kockázatkigazítás természetét,

mivel az egészségügyi rendszer ebben az esetben már elszámoltatható, legalábbis részben az egészségi eredmények néhány alapvető okáért.

A teljesítményindikátorok megfelelő statisztikai kezelése lényeges, ha helyes politikai következtetéseket kívánunk levonni, hiszen a legtöbb teljesítményindikátor esetén nagyfokú véletlen variáció van jelen. A Királyi Statisztikai Társaság elkészített egy protokollt, amely összefoglalja a teljesítményadatok kiválasztásának, gyűjtésének, elemzésének és bemutatásának legjobb gyakorlatát (Bird et al. 2005). Bármely teljesítménymérés mentén az egyik legfontosabb kérdés a bizonytalanság mérése (így pl. a konfidencia-intervallumok) iránti igény. Figyelemre méltó például, hogy a konfidencia-intervallumok központi jellemzői voltak a New York-i – a nyilvánosságnak szívsebészeti beavatkozásokról szóló – jelentéstételi kezdeményezésnek. Az a cél, hogy jelezzék, ha a teljesítményben meglévő eltérések aggályossá válnak, illetve ha a beavatkozás iránti igény meglehetősen sürgető. A 3.3. fejezet sajátos példával szolgál arra, hogy ezt a megközelítést hogyan lehet alkalmazni – egy statisztikai ellenőrző táblázat időrendben rögzíti a szolgáltató teljesítményét, és időre lebontva azonosítja a várható eredményhez képest bekövetkező bármely rendszerszerű eltérést. A szerzők foglalkoznak a statisztikai módszerek kiválasztásának kritériumaival, beleértve a hasznosságot, a valóságosságot, az egyszerűséget és a reagálóképességet. Ezek a teljesítményértékelésre alkalmazott statisztikai elemzési módszerek zömében jól alkalmazhatók, bár minden választás egyfajta kompromisszumot jelent. Ugyanakkor a bizonytalanság kezelésének javítása lényeges, ha a teljesítménymérések célja a betegekkel, a szakemberekkel és a szabályozókkal szembeni hitelesség megőrzése.

Az 1.1. fejezet rávilágít arra, hogy az egészségügyi rendszerben a teljesítményértékelés alkalmazása és felhasználói sokfélék lehetnek – gyakran előfordulhat, hogy a különböző célú alkalmazások esetén a teljesítménymérések eltérő szintjeinek aggregálására van szükség. A 3.4. fejezet a teljes rendszer vagy szervezet teljesítménymérésének összetett indikátoraival foglalkozik. A fejezet rámutat a jelenlegi, igen erőteljes mértékű vitára, hiszen az összetett mérőszámok tudománya jelenleg még gyerekcipőben jár. Ennek ellenére, miközben az összetett indikátorok betegekre vagy szakemberekre közvetlenül alkalmazott felhasználása megkérdőjelezhető, általános értelemben véve elősegíthetik az egészségügyi rendszer elszámoltathatóságát a kormányok és az állampolgárok számára. Ezért fontos, hogy (amennyire csak az adatok ezt lehetővé teszik) azok hitelesek, átlátható módszerek alkalmazására képesek legyenek, és az összetett indikátorok alkalmazói – beleértve a médiát – ismerjék azok korlátait.

Az összetett indikátorokhoz kapcsolt alkotóelemek súlyának (vagy fontosságának) kiválasztása lényeges. Minden bizonyíték azt sugallja, hogy az egyes állampolgár igen eltérő fontosságot tulajdonít a teljesítményaspektusoknak. Ez azt mutatja, hogy a súlyok választása mindenekelőtt egészségpolitikai feladat, ami a döntéshozótól politikai legitimitációt kíván meg. Az elemzés ebből következően ugyan információt nyújt, de nem határozhatja meg a súlyok megválasztását. A súlyok megállapítására vonatkozó gazdasági módszertan magában foglalja a fizetési hajlandóság mérést, vagy az olyan módszereket, amelyek a betegek preferenciát alternatív megoldások rangsorolásával vagy közvetlen választási kísérletekkel igyekeznek feltárni. Mindazonáltal ezeket nem alkalmazzák széles körben az egészségügyi rendszerek teljesítménye összetett indikátorainak fej-

lesztésében (Smith 2002). A 6.1.4. doboz összefoglalja az egészségügyi teljesítmény vizsgálatára alkalmazott összetett indikátorok előnyeit és hátrányait.

6.1.4. doboz: Az összetett indikátorok előnyei és hátrányai

Előnyök

- a rendszer teljesítményére vonatkozóan átfogó értékelést nyújt;
- a rendszerteljesítményt a politikai aréna központjába helyezi;
- lehetővé teszi az egészségügyi rendszer hatékonyságának megítélését és országok közötti összehasonlíthatóságát;
- a politikai döntéshozók számára minden szinten lehetővé teszi a prioritások meghatározását és a teljesítmény javítására való törekvést;
- világosan jelzi, mely rendszerek képviselik a legjobb átfogó teljesítményt és javítási törekvéseket;
- ösztönözheti az egészségügyi rendszerek és az országok közötti jobb adatgyűjtést és az elemzési törekvéseket.

Hátrányok

- az összetett indikátorok elrejtetik az egészségügyi ellátórendszer egyes területein a hibákat;
- az összetett indikátorok megnehezítik annak meghatározását, hol gyenge a teljesítmény, és ebből következően az egészségpolitikát és a tervezést bonyolultabbá és kevésbé hatékonnyá teszik;
- az indikátorok között gyakran magas a pozitív korreláció, ami kettős számbavételhez vezethet;
- azzal, hogy számos területet kívánnak lefedni, az összetett indikátorok gyenge adatokat is felhasználhatnak, amelyek megkérdőjelezhetik a teljes indikátor módszertani megbízhatóságát;
- az adatok aggregálása az összetett indikátoron belül elrejtetheti az egyénileg vitatott méréseket;
- az összetett indikátorok figyelmen kívül hagyhatják a teljesítmény nehezen mérhető dimenzióit, ami káros magatartási hatásokhoz vezethet.

Az összetett indikátorokhoz alkalmazott súlyokra vonatkozó módszertan fejlettsége még nem megfelelő, így módon csak bizonyos preferenciára képes reflektálni.

Forrás: Smith (2002) alapján átvéve.

Ösztönzők és teljesítményinformáció

A felelősség/elszámoltathatóság nem csupán a teljesítménymérési eszközök létrehozásával, kimunkálásával kapcsolatban merül fel, hanem olyan mechanizmusokat is megkövetel, amelyekkel a felek felelősségre vonhatók/elszámoltathatók. Más szóval: a feleknek szükségük van egy olyan ösztönzőre, amelyik figyelembe veszi a teljesítménymérést. Figyelemre méltó például, hogy Skóciában a kórházi teljesítményre vonatkozó fontos komparatív adatokat (beleértve számos szakterületen a kockázatkülgazított halálozási arányokat) rendszeresen visszacsatolták a kórházi irányító testületeknek, ugyan minden szándékos publicitás nélkül. Mind-

azonáltal ezek igen csekély hatást gyakoroltak a testületekre vagy a klinikus orvosokra, míg számos vezető és orvos hiányolta, hogy nincs információjuk az adatokról (Manion és Goddard 2001). Ezzel szemben az angol kórházakra kialakított csillagos osztályozást megalapozó jelentési rendszer (*star rating report cards*) jelentős hatást gyakorolt a magatartásra, mert az adatokról szóló jelentések nyilvánosak voltak, és néhányukhoz valós ösztönzőket és szankciókat kötöttek, a szervezetre és a vezetőkre vonatkozóan egyaránt.

Az ösztönzők megjelenhetnek egy másik reform véletlen termékeként. Például majdnem minden finanszírozási mechanizmus bevezet véletlen ösztönzőket, amelyek üdvösek lehetnek, és valóban megerősítik a teljesítmény javításának megerősítése iránti vágyat. A véletlen ösztönzők azonban káros következményekhez is vezethetnek. A teljesítményadatok gyakran fontos szerepet töltenek be a káros ösztönzők korrigálásában – például a teljesítmény körütekintő monitorozása gyengítheti az ellátás minőségére gyakorolt negatív hatást, ami közös jellemzője a DRG-n alapuló kórházi esetfinanszírozási módszereknek. Mindazonáltal a teljesítményértékelés önmagában is vezethet nem szándékolt hatásokhoz, különösen, amikor explicit ösztönzőkkel társul. A kötet 5. része több alcímben foglalkozik a teljesítményösztönzők több típusával: teljesítménycélok, nyilvános teljesítményjelentés, közvetlen pénzügyi ösztönzők, szakmai fejlődés.

Az egészségügyi rendszer céljai a teljesítménymérés specifikus típusa és az ösztönző rendszer, amelyek tartalmazzák egy jövőben elérendő célkitűzés kvantitatív kifejezését. Az üzleti világból hozott, az egészségpolitikai reformokba illesztett vezérelv az, hogy sokkal szervezettebb és hatékony erőfeszítések megtételére van szükség az egyértelműen meghatározott célkitűzések elérése érdekében. E céloknak specifikusnak, mérhetőnek, megfelelőnek, realisztikusnak és a megadott időkorlátoknak megfelelőnek kell lenniük (van Herten és Gunning-Schepers 2000).

Számos ország (többek között az Egyesült Államok, az Egyesült Királyság, az Európai Unió tagállamai, Ausztrália, Új-Zéland) kormánya kísérletezett egészségügyi rendszercélokkal.

Az egészségügyi rendszer céljait hagyományosan meglehetősen kiterjedten alkalmazzák a népegészségügyben, azonban az 5.1. fejezet rámutat arra, hogy a mérhető sikerre vonatkozó jelentések igen ritkák. Az 1992. évi angol „Nemzeti Egészség Stratégia” (Health of the Nation) tapasztalata tipikus. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation – WHO) „Egészséget Mindenkinnek” (Health for All) kezdeményezése alapján a brit stratégia számos ambiciózus népegészségügyi célt tűzött ki, azonban az 1998-as független értékelés következtetése szerint „(annak) politikai dokumentumokra gyakorolt hatása már 1993-ban tetőzött, és 1997-re a helyi politikai döntéshozatalra gyakorolt hatása elhanyagolhatóvá vált” (Department of Health 1998). Hunter (2002) az alábbiakban foglalja össze ennek gyengeségeit:

1. A nemzeti kormányokban (az egészségügyi célok iránt elkötelezett) vezetés hiánya észlelhető.
2. A politika nem volt képes az egészséget meghatározó társadalmi és strukturális tényezőket kezelni.
3. A célok nem mindig voltak hitelesek, és nem a helyi szintet célozták.
4. A stratégia egészségügyi rendszeren túlmutató gyenge kommunikációja.
5. A stratégia nem volt hosszantartó.
6. Az érdekelt szereplők közötti partnerséget nem ösztönözték.

Az elmúlt évtizedben az ilyen jellegű célkitűzések meghatározása különös módon igen erőteljesen az angol egészségpolitikát jellemezte. 1998-tól kezdődően a Kincstár stratégiai célkitűzéseket adott ki minden kormányhivatal számára, köztük az egészségügyi minisztériumnak is (Smith 2007). E stratégiai célkitűzések alapvetően az eredményekre (outcome) összpontosítottak, így például a mortalitási arányok javítására: a dohányzás és az elhízás, illetve a várólisták csökkentésére. Az egészségügyi minisztérium e célkitűzések elérésében kulcseszközként a csillagos osztályozást megalapozó jelentési kártyákat (*star rating report cards*) használta.

A legtöbb nemzeti célrendszerrel szemben ez jelentősen hatékonynak bizonyult az egészségügyi ellátás néhány célkitűzésének biztosításában. A siker az alábbi jellemzőknek tulajdonítható:

- a célok pontosan meghatározottak és rövid távúak voltak, szemben az általános, hosszú távra szóló célkitűzésekkel;
- az orvosokat bevonták néhány cél megtervezésébe és végrehajtásába. Noha ez annak a kockázatát jelentette, hogy az orvosok érdekeinek alárendelődik a folyamat, ugyanakkor az orvosok bevonása a célok tudatosítását növelte;
- a szervezetek számára biztosították a megnövelt finanszírozást, a szükséges információt és a vezetői kapacitásokat, hogy a kihívást jelentő célokra megfelelően reagálhassanak;
- konkrét ösztönzőket kapcsoltak a célokhoz.

Ugyanakkor azonban ez a siker az egészségügyi ellátásban nem ismétlődött meg a népegészségügyi területen. Ennek oka majdnem biztosan az, hogy a vezetők úgy érezték, az egészségügyi ellátás céljai sokkal alkalmasabbak voltak az egészségügyi rendszer beavatkozásaira.

A mérhető célok a legfontosabb célkitűzések hangsúlyozásának hatásos útját jelölik ki, amelyek nagyon sikeresek lehetnek, ha pontosan határozzák meg és hajtják végre azokat. Mindazonáltal az alkalmazásukkal összefüggő néhány jelentős kockázatot a 6.1.5. doboz foglalja össze.

6.1.5. doboz: A mérhető célok növekvő alkalmazásával összefüggő kockázatok

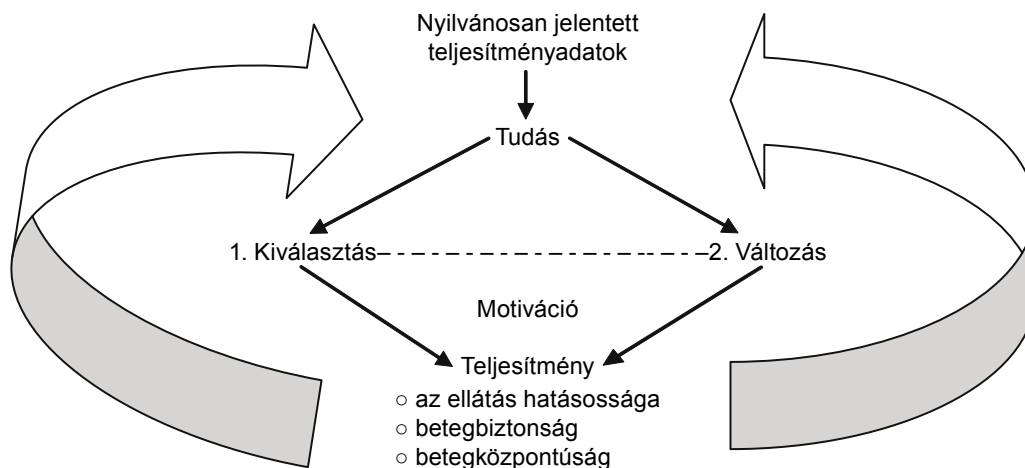
- Az egészségügyi rendszer nem célzott aspektusai figyelmen kívül maradhatnak.
- A vezetők és az orvosok saját ellenőrzési körükben közvetlenül a rövid távú célokra összpontosíthatnak a hosszú távú vagy kevésbé kontrollálható célkitűzések kárára.
- A túlzottan erőteljes célok alááshatják azon adatok megbízhatóságát, amelyeken e célok alapulnak.
- A túlzottan erőteljes célok játszmákat vagy más nemkívánatos magatartási reakciókat idézhetnek elő.
- A célok – altruista, szakmai motivációkkal szemben – szűk látókörű, pénzügyi megfontolások által vezérelt attitűdöket erősíthetnek.
- A célok folyamatos monitorozást és frissítést igényelnek, hogy tisztázni lehessen azok érvényességének fennmaradását és azt, hogy a célokat nem ássák alá az orvosok érdekei.

Forrás: Smith 2008.

Az e tapasztalatból levonható következtetések azt mutatják, hogy a teljesítménycélok bizonyos teret adnak arra, hogy a rendszer figyelmét e törekvés specifikus területeire összpontosítsuk, azonban a teljesítménycélok önmagukban nem biztosítják a teljesítményfejlesztést, kivéve azokban az esetekben, amikor e célokat más fejlesztési kezdeményezésekkel együtt valósítják meg, így például a sokkal általánosabb ellenőrzés vagy szabályozás változtatásával.

A teljesítményre vonatkozó nyilvános jelentés az egészségügyi ellátórendszeren belül is kialakult, ami egybevághat az átláthatóság iránti egyre növekvő társadalmi igényekkel. Még ha ezeknek nem is volnának látható/érzékelhető hatásai az egészségügyi rendszerek teljesítményére, a nyilvánosság fontos egészségügyi eredményekre vonatkozó információk iránti egyre növekvő igénye megkövetelné azt, hogy ezek az információk a betegek és a nagy nyilvánosság számára elérhetőek legyenek, mind a közfelelősség/elszámoltathatóság elősegítése, mind pedig az egészségügyi ellátások igénybevevőinek tájékoztatása céljából.

Ezen felül a nyilvános jelentés két módon járulhat hozzá a minőség javításához (6.1.1. ábra): (i) a kiválasztási utak, amelyekkel a fogyasztók tájékozottsága javul, és a jobb minőségű szolgáltatókat ki tudják választani; illetve (ii) megváltoztathatják az utakat, amelyek révén segíthetnek a szolgáltatóknak az alulteljesítő területek azonosításában, ezzel is stimulálva a fejlődést, javulást.



6.1.1. ábra: A teljesítmény javításának módjai az adatok nyilvános jelentésén keresztül

Az 5.2. fejezet megvizsgálja a nyilvánosan hozzáférhető felületeken elhelyezett információkkal kapcsolatos, egyre nagyobb számban rendelkezésre álló tapasztalatot, és figyelemre méltó bizonyítékkal szolgál arra nézve, hogy a szolgáltatók teljesítménye méréseinek nyilvánosságra hozatala a teljesítmény javulásához vezet (Hibbard et al. 2005). Bár az azonnali szándék gyakran az, hogy elősegítsük a beteg informált választását, csekély bizonyíték áll rendelkezésre arról, hogy a betegek a szolgáltatók teljesítményére vonatkozó dokumentumokat, az ún. „jelentési kártyákat” közvetlenül használnák. Mindazonáltal a jelentési kártyák – a

szolgáltatók megítélésére, reputációjára gyakorolt hatás révén – valóban megjelennek a szolgáltatók teljesítményjavításának előmozdításában. Például a szívkoszorúér-betegségben a bypass beültető műtét jelentési kártyái két amerikai államban (New York és Pennsylvania) kétségtelen összefüggést mutattak a kockázatkigazított mortalitásban elért javulással. Mégis folyamatos vita folyik arról, hogy ezen eredmények vajon szükségszerűen magukban hordozzák-e azt, hogy hasznosak, valamint azt, hogy számos olyan káros kimenet, amelyek az indikátorrendszerekkel hozhatók összefüggésbe, szintén felszínre kerültek (Dranove et al. 2003; Schneider és Epstein 1996):

- a szívkoszorúér-betegségben a bypass beültetésére vonatkozó jelentési kártyák előidéztek, hogy növekedett a betegek szelekciója a New York-i és pennsylvaniai szolgáltatók által, akik a leginkább igyekeztek elkerülni a súlyosabb betegeket (akik számára hasznos lett volna a kezelés), és sokkal inkább az egészségesebb betegeket kezelték (akik számára a kezelés haszna vitathatóbb);
- az ösztönzők megnövelték a Medicare kiadásait, miközben a népesség egészsége csak csekély mértékben javult;
- az orvosokat jobban érdekelte a minőségi indikátorok hiánya, mint a mortalitás, a nem megfelelő kockázatkigazítás és az orvosok, kórházak által biztosított adatok megbízhatatlansága.

Ez a tapasztalat aláhúzza az ösztönző rendszerek – így például a nyilvános jelentés – által elért eredmények megfontolt monitorozásának és értékelésének fontosságát. Számos olyan pontra hívja fel a figyelmet, amelyeket szükséges figyelembe venni a nyilvános közzététel végrehajtásakor.

- Célszerű körültekintően megfontolni a közzététel célját és azokat az információtipusokat, amelyeket az egészségügyi ellátórendszer különböző szereplői képesek és szeretnének felhasználni.
- Szintén érdemes végiggondolni az ellátás minőségének – az információk nyilvános közzétételéből következő – hatását. Ahol az célszerű, az információk nyilvános közzétételét más minőségfejlesztő stratégiákkal integráltan szükséges megtenni (Marshall et al. 2000).
- A nyilvános teljesítményjelentések megbízhatósága és hasznossága erősíthető azzal, hogy a jelentéseket az orvosokkal és más legitim érdekcsoportokkal együtt értékeli.
- Az adatok jelentésekor megfontolt kockázatkigazításra van szükség, hogy a rendszer szolgáltatókkal szembeni legitimációja biztosítva legyen, illetve hogy az eredmények és a szolgáltatók között megfelelő összehasonlítások elvégezhetők legyenek (Iezzoni 2009; Marshall et al. 2000). Az alkalmazott kockázatkigazítási stratégiákra vonatkozó részletes információkat a nyilvánosság számára – a jelentésben foglalt információkkal együtt – hozzáférhetővé kell tenni.

Vitathatatlan, hogy az egészségügyi rendszerben az orvosok és más szereplők általánosságban valóban reagálnak a pénzügyi ösztönzőkre (Dudley 2005). Amikor a pénzügyi ösztönző rendszer magában foglalja a teljesítményértékelést, az potenciálisan ígéretes utat nyit a jövő politikája számára, illetve néhány olyan kísérlet, amely a pénzügyi elismerést a jelentett teljesítményhez köti, ma már megvalósítás alatt van. Törvényműleg a közvetett pénzügyi ösztönzők egészségügyi rendszeren belüli alkalmazása az akkreditációs

rendszeren keresztül történt meg, amely a piaci hozzáférés lehetővé tételével vagy a strukturális követelményeknek való megfelelés esetén külön díjazás formájában nyújtott ösztönzést. Németország egy ilyen típusú akkreditációs rendszert működtet regionális szinten, amelyben specifikus minőségindikátorokat alkalmaznak az akkreditációra (www.G-BA.de)

Az akkreditáció mindeddig nagyon gyenge ösztönző eszköznek bizonyult. Az 5.4. fejezet összefoglalja azokat a bizonyítékokat, amelyek azt mutatják, hogy a politika sokkal közvetlenebb és fókuszáltabb ösztönzők felé mozdul el, mind az egyének, mind pedig a szervezetek esetében. A szerző azt jelzi, hogy az eddigi kísérletek többsége szűk körű volt, így nehéz bármilyen komoly következtetést levonni, hiszen a vizsgált eredményeket nehéz megbízhatóan értékelni. Mindennek dacára egyre nyilvánvalóbb a kísérletezés és kutatás iránti egyre növekvő igény.

Az 5.4. fejezet szintén kiemeli számos olyan kérdést, amelyet a teljesítményösztönző rendszerek megtervezésekor szükséges figyelembe venni. Ezeket a 6.1.6. *doboz* foglalja össze. A komplexitás az egyik ok, ami miatt a pénzügyi ösztönzők végleges értékelését nehéz elvégezni. Továbbá, a különböző intézményi szervezettségben elért eredményeket különös körtekintéssel kell kezelni, mert más egészségügyi ellátórendszeri eszközök (így pl. a pénzügyi mechanizmusok) olyan kölcsönhatásokat alakíthatnak ki, amelyekben az ösztönzők nem várt eredményekhez vezetnének. Röviden tehát: akármilyen rendszerről is legyen szó, az állandó monitorozást kíván, hogy biztosítható legyen, hogy az ösztönzők ne generáljanak nemkívánatos eredményeket (pl. lefölözés, játszmák); vagyis az ösztönző rendszer ne veszélyeztesse azoknak a teljesítményadatoknak a megbízhatóságát, amelyekre alapulnak, továbbá ne veszélyeztesse az ellátásnak a teljesítménydíjazásban nem részesülő aspektusait.

6.1.6. *doboz*: Az eredményfüggő díjazási rendszerek tervezési kérdései

A pénzügyi ösztönzővel előidézett magatartás különbözik az ösztönző rendszer tervezésétől függően. Az ösztönző rendszerek a következő dimenziók mentén különböznek egymástól (az 5.4. fejezet részletesen tárgyalja).

Szervezeti vs. egyéni

A pénzügyi ösztönzők csoport- vagy egyéni szinten egyaránt alkalmazhatóak. A csoportos szintű támogatás kevésbé motiválja az egyéni magatartást, és előidézheti a „potyautas” haszonlesést, ugyanakkor jobban elősegítheti az együttműködést és a koordinációt. Az ösztönzőt azon a szinten kell biztosítani, amelyen az a legközvetlenebb módon motiválja a felelős felet azon tevékenység megtételére, amelyet ösztönözni kívánnak.

Abszolút vs. relatív

A relatív teljesítménymérésen alapuló ösztönzők növelhetik a szolgáltatók közötti versenyt, különösen, ha ez az információ nyilvánosan elérhető. Az abszolút ösztönző támogatások a kedvezményezettnek nagyobb biztonságot nyújtanak a támogatás megszerzésében, és növelhetik a motivációt.

Rövid vs. hosszú távú időtartam

A hosszú távú támogatások – a strukturális változást és az ellátási folyamatok fejlesztését célzó – nagyobb mértékű befektetésekhez vezethetnek, és hosszabb időkeretet teremtenek az eredmények megfigyelésére. A rövid távú támogatások sokkal kiugróbb hasznot mutathatnak, és szorosabb összhangot teremthetnek az ösztönzött tevékenységgel. Ugyanakkor jelentősebb adminisztratív költségeket is generálhatnak, és szűk látókörű magatartásokat idézhetnek elő.

Díjazás vs. büntetés

A díjazásként vagy büntetésként (tehát pl. a támogatás visszatartásaként) strukturálódó ösztönzők befolyásolhatják a szolgáltatók teljesítmény iránti attitűdjét, és ezzel eltérő ösztönző hatást is gyakorolnak.

A támogatás mértéke és ereje

Fontos biztosítani, hogy egy ösztönző támogatás elég nagy legyen ahhoz, hogy fedezni tudja a megcélzott eredmények eléréséhez szükséges magatartás következtében felmerülő marginális költségeket. Ugyanakkor a támogatási szintek ne legyenek magasabbak, mint az a szint, amely ahhoz szükséges, hogy elősegítse az ösztönző rendszerben való részvételt. Továbbá a teljesítmény és a díjazás (ösztönző) közötti kapcsolatot körültekintően kell kialakítani.

A teljesítménymérés megválasztása

A legjobb teljesítménymérések – amelyekhez pénzügyi ösztönzők kapcsolódnak – azok, amelyek az orvosok ellenőrzésén belül maradnak. Ezek általában strukturális vagy folyamatindikátorok. A kimeneti indikátorokat sokkal inkább külső tényezőkkel lehet befolyásolni, ezért kevésbé előnyösek.

Forrás: Conrad 2009.

A teljesítménymérés másik fontos alkalmazása az orvosok számára biztosított – orvostársaikhoz viszonyított saját teljesítményükre vonatkozó – visszacsatolás a teljesítmény fokozásának stimulálása érdekében. Az e célt szolgáló adatbázisok számos országban jelen vannak. Például Svédországban a szolgáltatók azzal járulnak hozzá a minőségregiszterekhez, hogy önkéntesen gyűjtenek egyéni alapú adatokat a betegek jellemzőiről, kezelésükről, a tapasztalatokról és az eredményekről, amely adatokhoz a nyilvántartás más használói is hozzáférhetnek. A minőségi nyilvántartások kifejezett célja, hogy a klinikai munkában – a folyamatos tanulás és fejlődés révén – elősegítse a minőség javulását (Rehnqvist 2002). Tény, hogy nagyon erőteljes az az érvelés, hogy a teljesítménymérés a szakmai élethosszig tartó tanulás velejáró elemévé kell, hogy váljon. Ez azt vetíti előre, hogy a teljesítménymérési elveknek már a klinikai képzés elején prominens szerepet kell kapniuk.

Komoly vita folyik arról, hogy a szakmai fejlődésre vonatkozó információt névtelenné vagy a nyilvánosság számára elérhetővé kell-e tenni. A bizonyítékok azt sugallják, hogy az ilyen teljesítményértékelési rendszereket azoknak a szakembereknek kell megtervezni és birtokolni, akik arra használják a teljesítményértékelést, hogy a munkájuk hatásos legyen (Rowan és Black 2000). Egyesek úgy érvelnek, hogy a legkonstruktívabbak azok a rendszerek, amelyek az orvosok között ösztönzik a pozitív és az együttműködő magatartást, és igyekeznek elkerülni, hogy az információ nyilvánosságra hozatala az orvosok szakmai vagy üzleti helyzetét veszélyeztesse. Ez utóbbi ösztönözheti a defenzív magatartást, amely játzmákhoz vagy lefőlözéshez (a rosszabb

egészségi állapotú betegek elkerüléséhez) vezethet. Ezért a szakmai előrehaladás érdekében alkalmazott indikátoroknak

- tükrözniük kell a klinikai gyakorlat tartalmi aspektusait, erőteljes tudományos alátámasztással;
- biztosítani kell az indikátorok minél jobb kockázatküszöbítését;
- engedni kell bizonyos betegek adatainak a figyelmen kívül hagyását az indikátorok számításakor, például azokat, akik elutasítják a kezelés betartását;
- elő kell segíteni az értelmezhetőséget;
- olyan szolgáltatásokra kell kiterjednie, amelyeket a szolgáltató kontrollálni tud;
- az indikátorok magas fokú megbízhatóságát kell biztosítani;
- minimalizálni kell az indikátorok előállításának a költségeit és a terheit.

Az ellátás eredményén felül fontos továbbá mérni a nem megfelelő (a kezelés túlzott vagy a szükségesnél alacsonyabb szintű igénybevétele) mértékét is. Ebből következően egy sikeres szakmai fejlődést mérő teljesítményértékelési rendszer követelményei konfliktusba kerülhetnek az elszámoltathatóságot és betegek választásának támogatását célzó információs rendszer követelményeivel. Ez nem azt jelenti, hogy a különböző igények és szükségletek közötti feszültség nem oldható fel. Svédország és más országok (így pl. Hollandia, Dánia) tapasztalata azt mutatja, hogy a köz- és a szakmai szükségletek egyeztetethetők. Például az olyan minőségi nyilvántartások, mint a Dán Nemzeti Indikátor Projekt (www.nip.dk) közzéteszik az egyéni orvosok eredményeit. Mindenesetre az valószínűsíthető, hogy a betegképviselői csoportok egyre inkább elvárják, hogy sokkal több teljesítményadat álljon rendelkezésre. A szakma számára ebben az jelenik meg kihívásként, hogy biztosítsa, hogy ez a trend jó célokat szolgál, és nem vezet defenzív szakmai magatartáshoz. Egy megoldás lehet az elfogadható statisztikai kockázatküszöbítő rendszerek megfontolt fejlesztése és a statisztikai adatok körütekintő bemutatása azzal a céllal, hogy a nyilvánosság és a média jobban megérthesse és értelmezhesse a számukra rendelkezésre bocsátott információkat.

A teljesítményértékelés politikája

Bármely teljesítményinformáció elkerülhetetlenül nyerteseket és veszteseket generál. Jelen kötetben is az egyik visszatérő, ismétlődő téma bármely kísérlet – amely az egészségügyi rendszeren belül mérni kívánja a teljesítményt – eredendő politikai természete. Olyan úttörők, mint Florence Nightingale és Ernest Codman által inspirálva, a legkorábbi teljesítménymérési törekvések végül az orvosi szakmán belüli ellentéteken és a probléma politikusok általi orvoslásának hiányán hiúsultak meg (Spiegelhalter 1999). A sebészeti eredmények mérését célzó Nightingale kezdeményezések legkorábbi ellenzői százötven évvel később változatlanul igen ismerősen hangzanak a kortárs olvasó számára.

A teljesítményértékelés politikai természete annak a következménye, hogy képes az egészségügyi rendszeren belüli anyagi érdekeltségeket megkérdőjelezni. Az érdekcsoportok széles skálája többek között gyakran az alábbi csoportokból áll:

- adófizetők,
- szavazók,
- betegcsoportok,
- klinikai orvosok,
- biztosítók és más vásárló szervezetek,
- szolgáltatói szervezetek,
- gyógyszergyártó cégek,
- kormányok,
- területi érdekek,
- korcsoportok,
- társadalmi csoportok (jövedelem, etnicitás).

A teljesítményinformáció gyakran e csoportok érdekeit szolgálja, miközben másokét kihívás elé állítja. Ez utóbbiak természetes reakciója az lesz, hogy vitatni fogják az információ igazolhatóságát, teljességét és érvényességét. Az adatok magas színvonalú statisztikai elemzése, így például a kockázatkülgazítás ezért szükségyszerű a teljesítményértékelés megbízhatóságának biztosításához.

Az 1.1. fejezet érvelése szerint a teljesítményre vonatkozó információ elsődleges szerepet játszik abban, hogy a „megbízókat” (*principals*) képessé tegye az „ügynökök” (*agents*) hatékonyabb elszámoltathatóságára az egészségügyi rendszeren belül. Az átláthatóság – a teljesítményinformáció formájában – alapvető követelmény a kormányok, a szolgáltató szervezetek, a szakemberek és a biztosítók elszámoltathatóságának megerősítésében, a betegek és a szélesebb értelemben vett társadalom számára. Továbbá, amint ezt a nyilvános jelentéssel foglalkozó 5.2. fejezet összegzi, számos szerző azzal érvel, hogy a fokozott elszámoltathatóság javuló teljesítményhez vezet az erkölcsi alapokon nyugvó tökéletesítési ciklusban.

Amennyiben a teljesítményindikátorok az elszámoltathatóság előmozdítását célozzák, az indikátoroknak minden egyes csoport specifikus kérdéseit kezelniük kell, és azokat megfelelően, világosan kell bemutatni. Ez magában foglalhatja a betegeket, a szélesebb nyilvánosságot, a szakembereket, a médiát és a kutatókat. Az elszámoltathatósági ciklus legfontosabb követelménye a célok azonosítása és a teljesítményindikátorok olyan bemutatása és elemzése, amely összhangban van a célokkal.

Az egészségügyi rendszerek zömében a szereplők többségének formális felelőssége van az intézmény irányításában, és a szakmák különösen fontos formációt képviselnek. Ezek az alábbiak lehetnek: a szolgáltatói szervezetek irányító testületei, szakmai vezetői bizottságok, a jogalkotók széles köre, továbbá helyi és központi kormányzati választott képviselők. A teljesítményinformáció rendkívül hangsúlyos szerepet tölt be abban, hogy e formációkat képessé tegye arra, hogy szerepeiket hatékonyan gyakorolják. A komparatív teljesítményinformáció fontos forrás kell, hogy legyen, és mindazok számára, akiknek van irányítási felelősségük, biztosítani szükséges az adatok igényléséhez és értelmezéséhez elengedhetetlen kapacitások meglétét.

A Smith és Busse által kiemelt egyik specifikus kérdés a teljesítményértékelésben rejlő azon veszély, hogy alááshatja a klinikai szaktudás hagyományos megközelítését, ami arra ösztönzi a klinikus orvosokat, hogy

betegeiket legjobb tudásuk szerint kezeljék, függetlenül a pénzügyi vagy egyéb érdekektől. A korlátozottan rendelkezésre álló specifikus indikátorokra hagyatkozás torzíthatja a szakmai magatartást azáltal, hogy a mért aspektusokra való koncentrálásra ösztönöz, az ellátás nem mért aspektusainak a rovására.

Ez az érvelés bizonyos mértékig megállja a helyét, ha olyan rendszerre alkalmazzák, amelyben a teljesítményinformáció nagyon részleges vagy torzított, azonban álláspontunk szerint nem kérdőjelezi meg a teljesítményértékelés szükségességét. Ehelyett inkább azt sugallja, hogy megkettőzött erőfeszítések szükségesek az értékelés terjedelmének szélesítésére, és ahol csak lehetséges, a folyamatméréstől az egészségi állapotban mutatkozó eredmények mérése felé kell elmozdulni, illetve biztosítani kell, hogy az ösztönzők nem torzítóak, és azt, hogy a teljesítményadatokat úgy használják fel konstruktívan, hogy ezzel segítsék a szakembereket abban, hogy az általuk nyújtott ellátás javuljon.

A teljesítményértékelés politikai eleme mindig is létezni fog, ezért a kormányok egyik alapvető szerepe az, hogy elősegítsék a tájékozott, információteljes politikai vitát. Ez magában foglalja annak biztosítását, hogy a jogos érdekeltségek képesek legyenek saját ügyüket a lehető legjobb, rendelkezésre álló teljesítményinformáció birtokában képviselni, és a meglévő teljesítményinformáció a célnak megfelelő legyen. Különösen fontos annak biztosítása, hogy a meghatározó szereplők, így a nyilvánosság, a betegek és az egészségügyi szakemberek teljes mértékben elkötelezettek legyenek a teljesítményértékelés fejlesztése, elemzése és értelmezése iránt.

A kormányzat perspektívája a teljesítményértékelésre vonatkozóan

Az egészségügyi rendszer javítása érdekében a kormányoknak óriási szerepük van a teljesítményértékelésben rejlő összes lehetőség kiaknázásában. A WHO 2000. évi egészségügyi jelentése úgy határozta meg ezt a „sáfárkodási” (*stewardship*) szerepet, mint „az egészségpolitikáról alkotott kép és irány meghatározása, a szabályozáson és a tanácsadáson keresztüli hatásgyakorlás, és az információk összegyűjtése és alkalmazása” (WHO 2000). Ez az összegzés azt kívánja vázolni, hogyan képes a teljesítményértékelés segítséget nyújtani a kormányoknak abban, hogy e feladatok mindegyikét teljesíteni tudják. Azzal érvelünk, hogy a teljesítményértékelés valóban kiváló lehetőséget nyújt a teljesítmény javulásának biztosítására, illetve hogy egyetlen egészségügyi rendszert sem lehet megfelelően irányítani jó teljesítményinformáció nélkül. A teljesítményértékelés általános szerepe az, hogy elősegítse az egészségügyi rendszer szereplői által hozott döntéseket.

A teljesítményinformáció a kormányoknak közvetlen segítséget nyújthat az egészségpolitika megformálásában, értékelésében és a szabályozás megvalósításában. Mindazonáltal a kormányok szélesebb értelemben vett „sáfárkodási” szerepe az, hogy a szükséges információáramlás elérhetőségét biztosítsa, az megfelelően működjön, és az egészségügyi rendszer jellemzőivel összhangban legyen. A teljesítményértékelés egy olyan közjó, ami automatikusan nem következik be, ezért a kormányoknak alapvető szerepük van abban, hogy a teljesítményértékelés hasznát maximalizálják, akár törvénnyel, szabályozással, koordinációval vagy meggyőzéssel. A végrehajtás a legmagasabb szintű és fenntartható politikai és szakmai vezetést követeli meg, és annak biztosítását, hogy a szükséges elemzési kapacitás az egészségügyi rendszerben rendelkezésre áll.

A kormányok „sáfarkodási” felelősségét a 6.1.7. doboz összesíti. Míg e funkcióknak és feladatoknak meg kell valósulniuk, nem szükségszerűen a kormányoknak kell végrehajtaniuk azokat.

6.1.7. doboz: A teljesítményértékeléssel összefüggő „stewardship” felelősségek

A teljesítményértékelési rendszer világos tartalmi keretének és világos céljainak kialakítása:

- ezeknek az elszámoltathatósággal való összehangolása;
- az egészségügyi rendszer egyéb mechanizmusaival (pl. finanszírozás, piaci struktúra, információs technológia) való összhang megteremtése.

Az adatgyűjtési mechanizmusok kialakítása:

- az egyes indikátorok részletes specifikációja;
- a nemzetközi legjobb gyakorlatokkal összhangban.

Információs szabályozás:

- adatok auditálása és minőség-ellenőrzés;
- a nyilvánosság információkba vetett bizalmának biztosítása;
- a jól informáltak nyilvános vitájának biztosítása.

Elemzési eszközök és a kapacitás fejlesztése az adatok megértése érdekében:

- (pl.) kockázati igazításra, bizonytalanságra, adat-visszacsatolási mechanizmusokra vonatkozó megfelelő kutatások lebonyolítása;
- az elemzés hatásosságának és hatékonyságának biztosítása;
- biztosítani, hogy a helyi döntéshozók megértik az elemzést.

A megfelelő adataggregáció és bemutatási módszerek kialakítása:

- biztosítani, hogy az információ megfelelő hatást gyakoroljon minden érintett félre;
- az összegző összehasonlító információk közzétételének szabályozása;
- az összehasonlíthatóság és konzisztencia biztosítása.

A teljesítménymérésekre ható ösztönzők kialakítása:

- a teljesítményinformáció viselkedésre gyakorolt hatásának monitorozása;
- törekvések a hasznos eredmények elérése és bármely káros következmény közömbösítése érdekében.

A teljesítményértékelési intézkedések megfelelő értékelése:

- annak biztosítása, hogy az információs erőforrásokra fordított pénz költséghatékonyan került felhasználásra.

Az egészségpolitikai folyamat menedzselése:

- az egészségpolitikai lehetőségek kialakítása és monitorozása;
- annak biztosítása, hogy az egyes specifikus érdekcsoportok nem hatástalanítják a teljesítményinformációs rendszert;
- az egészséges politikai vita ösztönzése.

Jövőbeli prioritások

Az egyre növekvő igényre, valamint a szereplők és felelősségek széles körére tekintettel fontos, hogy a politikai döntéshozók figyelembe vegyék, mitől válik a teljesítményindikátor hatékonnyá a rendszerteljesítmény és az elszámoltathatóság javításában. Bár e kérdésre nem létezik egyértelmű válasz, a tapasztalatok azt jelzik, hogy az egészségpolitikák kialakításakor az alábbi ajánlásokat érdemes figyelembe venni:

1. A teljesítményértékelési rendszer világos fogalmi keretét és egyértelmű célkitűzéseket kell kialakítani, az egészségügyi rendszerekben szükségszerűen meglévő felelősségi kapcsolatoknak megfelelően.
2. Biztosítani kell, hogy a teljesítményindikátorok meghatározása világos és konzisztens legyen, és illeszkedjen a választott fogalmi keretbe.
3. Az indikátoroknak
 - az a célja, hogy megmérjék, mi számít, különösen az egészségmegőrzésben, a betegek ellátásának javításában, és biztosítaniuk kell az egészségügyi rendszer forrásainak átgondolt hasznosítását;
 - statisztikailag megbízhatónak kell lenniük, és olyan módon kell azokat megjeleníteni, hogy egyértelműen értelmezhetők legyenek, hogy a manipuláció vagy a félreérthetőség valószínűségét csökkentsék;
 - világossá kell tenniük az adatok módszertani korlátait, beleértve a bizonytalanság mértékét és az idő-szerűség hiányát.
4. Több figyelmet kell fordítani a teljesítményadatok átfogóságának és használhatóságának javítására, különösen abban, hogy annak betegek, szolgáltatók és orvosok általi értelmezését hogyan lehet fejleszteni.
5. Meg kell erősíteni a vezetői és klinikai kapacitást az információk megértése és alkalmazása érdekében. A teljesítményadatok alkalmazásának a klinikai oktatás és az élethosszig tartó szakmai fejlődés lényeges részévé kell válnia.
6. A teljesítményértékelést célzó ösztönzőket megfontoltan kell kialakítani. Szorosan monitorozni szükséges, hogy a teljesítményinformációk hogyan hatnak a magatartásra, és lépéseket kell tenni a kedvező kimenetek elérése és a káros következmények elhárítása érdekében.
7. A politika alakítóinak különös figyelmet kell fordítaniuk a szélesebb értelemben vett egészségügyi rendszerre, biztosítva, hogy a teljesítményértékelés például a finanszírozási módszereknek és a piaci struktúráknak megfelel, illetve elismerve azon szervezeti kereteket, amelyek között a teljesítményadatokat összegyűjtik és közzéteszik.
8. A teljesítményértékelési rendszereket rendszeresen monitorozni és értékelni szükséges, azonosítva ezzel a folyamatos naprakészé tétel, a fejlesztés, illetve bármely nem szándékos mellékhatás elkerülése iránti igényeket.
9. A teljesítményértékelés politikai folyamatában biztosítani kell a hatékony vezetést. Egyebek mellett ösztönözni kell az egészséges politikai vitát, és biztosítani kell, hogy a speciális érdekcsoportok ne sajátítsák ki a teljesítményinformációs rendszert.

Miközben erősen érvelünk amellett, hogy az egészségügyi rendszer egészében egyre inkább megjelenjen a teljesítményértékelés, elismerjük, hogy ez egy költséges vállalkozás, amely az egészségügyi szolgáltatásoktól értékes forrásokat vesz el. Rendkívül fontos, hogy minden teljesítményértékelési ösztönző alkalmazása hatékony legyen, és ugyanazon költséghatékony kritériumok igazolják annak létjogosultságát, mint amelyet más, konvencionális egészségügyi technológia során alkalmaznak. Számos teljesítményértékelési ösztönző viszonylag alacsony költségű adatgyűjtést tartalmaz, ami már most is teljesíthető ahhoz, hogy jó minőségű szolgáltatásokat nyújtsanak a szolgáltató intézmények. Mindazonáltal azok hasznosságát szigorúan értékelni kell, amikor jelentős kiegészítő költségek merülnek fel.

Bármely teljesítményértékelési eszköz hatékonyságát végső soron értékelni szükséges, nemcsak a statisztikai tulajdonságok (pl. pontosság és érvényesség) mentén, hanem sokkal tágabban is – addig a mértékig, amíg az elősegíti az egészségügyi rendszer célkitűzéseinek megvalósulását. A hatékony teljesítményértékelés önmagában nem elegendő a teljesítmény javításának biztosításához; az elemzés funkciói és a teljesítményadatok megfelelő értelmezése szintén lényeges. Továbbá, a teljesítményértékelés csak az egyik (jóllehet nagyon fontos) eszköze annak, hogy biztosítva legyen a rendszer fejlesztése. A maximális hatás elérése érdekében ezt a rendszer korszerűsítésének más szegmenseivel – így a finanszírozással, a piaci struktúrával, a felelősségvállalással és a szabályozással – összhangban kell elvégezni. Az egészségügyi rendszerben e szélesebb értelmezés hiányában a teljesítményértékelés nem lesz hatékony.

Az egészségügyi rendszerek a teljesítményértékelés szempontjából gyermekcipőben járnak, és még óriási potenciál van az értékelési rendszerek hatékonyságának javításában. Ugyanakkor a teljesítményértékelés további teret enged a nagy egészségügyi rendszerfejlesztéseknek. A technológiai fejlődés valószínűleg még tovább növeli majd ezt a potenciált, fokozni fogja a nyilvánosság elszámoltathatóság iránti egyre nagyobb igényét, és az információ meg fogja erősíteni a jelenlegi tendenciákat. Mindezek alapján a politikai döntéshozatalban elengedhetetlen az egészségügyi rendszerben a teljesítményértékelés szerepének körültekintő megfontolása, a bizonyított hatékonyságra vonatkozó kezdeményezések megvalósítása, a kevésbé működő mechanizmusok körültekintő vizsgálata, valamint az új ismeretek és kapacitás megjelenésével a teljesítményértékelési rendszerek monitorozása és naprakésszé tétele.

Hivatkozások

- Bird, S., Cox, D., Farewell, V. T., Golstein, H., Holt, T., Smith, P. C. (2005): Performance indicators: good, bad, and ugly. *Journal of the Royal Statistical Society*, 168 (1), 1–27.
- Conrad, D. (2009): Incentives for health-care performance improvement. In P. C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas and S. Leatherman (eds.): *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Davies, H. (2005): *Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature*. NHS Quality Improvement Scotland.
- Department of Health (1998): *Health of the Nation: a policy assessed*. London.

- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166–206.
- Dranove, D., Kessler, M., McClellan, M. and Satterthwaite, M. (2003): Is more information better? The effects of ‘report cards’ on health care providers. *Journal of Political Economy*, 111 (3), 555–588.
- Dudley, R. A. (2005): Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. *Journal of the American Medical Association*, 283 (14), 134–148.
- Hibbard, J. H., Stockard, J. and Tusler, M. (2005): Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affairs*, 24 (4), 1150–1160.
- Holland, W. W. (1988): *European Community atlas of ‘avoidable death’*. Oxford, Oxford Medical Publications (Commission of the European Communities Health Services Research Series No. 3).
- Hunter, D. J. (2002): England. In M. Marinker and M. McKee (eds.): *Health targets in Europe: polity, progress and promise*. London, BMJ Books.
- Iezzoni, L. (2009): Risk adjustment for performance measurement. In P. C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas and S. Leatherman(eds.): *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Mannion, R. and Goddard, M. (2001): Impact of published clinical outcomes data: case study in NHS hospital trusts. *British Medical Journal*, 322 (7307): 260–263.
- Mant, J (2001): Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (6), 475–480.
- Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Leatherman, S. and Brook, R. H. (2000): Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care*, 8 (1), 53–57.
- Nolte, E., McKee, M. (2004): *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, The Nuffield Trust.
- Power, M. (1999): *The audit society: rituals of verification*. Oxford, Oxford University Press.
- Rehnqvist, N. (2002): Improving accountability in a decentralized system: a Swedish perspective. In P. C. Smith (ed.): *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Rowan, K. and Black, N. (2000): A bottom-up approach to performance indicators through clinician networks. *Health Care UK*, Spring, 42–46.
- Schneider, E. C. and Epstein, A. M. (1996): Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. *New England Journal of Medicine*, 335 (4), 251–256.
- Sequist, T. and Bates, D. (2009): Developing information technology capacity for performance measurement. In P. C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas and S. Leatherman(eds.): *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Shengelia, B., Murray, C. J. L. and Adams, O. B. (2003): Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In C. J. L. Murray and D. B. Evans: *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization.

- Sicilliani, L. and Hurst, J. (2005): Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*, 72 (2): 201–215.
- Smith, P. C. (2002): Developing composite indicators for assessing health system efficiency. In P. C. Smith (ed.): *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Smith, P. C. (2007): Performance budgeting in England: experience with Public Service Agreements. In M. Robinson (ed.): *Performance budgeting: linking funding and results*. Washington DC, International Monetary Fund.
- Smith, P. C. (2008): England: intended and unintended effects. In M. Wismar, M. McKee, K. Ernst, D. Srivastava and R. Busse (eds.): *Health targets 706 Conclusions in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Spiegelhalter, D. J. (1999): Surgical audit: statistical lessons from Nightingale and Codman. *Journal of the Royal Statistical Society*, 162 (1), 45–58.
- Terris, D. D. and Aron, D. C. (2009): Attribution and causality in health-care performance measurement. In P. C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas and S. Leatherman(eds.): *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press.
- van Herten, L. and Gunning-Schepers, L. J. (2000): Targets as a tool in health policy. Part I: lessons learned. *Health Policy*, 53 (1), 1–11.
- WHO (2000): *The world health report 2000*. Geneva, World Health Organization

2. fejezet

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT TÁRSADALMI MEGHATÁROZÓI

A II. világháború után az 1970-es évek végéig az egészségpolitikák prioritása a fejlett országokban az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése, különösen a hozzáférés pénzügyi akadályainak megszüntetése volt. Az 1980–90-es években a legtöbb országban a kormányzati egészségpolitika napirendjéről lekerült vagy háttérbe szorult az egyenlőtlenségek kérdése. A 2000-es években a nemzetközi szervezetektől (különösen a WHO, az Európai Unió egészségpolitikájában) ismét növekvő figyelmet kap az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek növekedése és ennek káros hatása a hosszú távú társadalmi és gazdasági fejlődésre. Abban az erőfeszítésben, hogy az egyes országokban is ismét a politika „napirendjére” kerüljön az egyenlőtlenségek csökkentése, mérföldkőnek számít a WHO által létrehozott „Az Egészség Társadalmi Meghatározói” Bizottság 2008-ban közreadott jelentése: „Closing the gap in a generation”. Az alábbi fordítás ebből a jelentésből tartalmaz egy rövid – az egészségi állapot egyenlőtlenségeire vonatkozó tudásbázis növelésére vonatkozó – részletet.

SZÁMOLJUK FEL AZ EGÉSZSÉGSZAKADÉKOT EGY GENERÁCIÓ ALATT!*

(Commission on Social Determinants of Health)

5. rész: Tudás, monitorozás és készségek: az akció gerince

16. fejezet: Az egészségi állapot társadalmi meghatározói: monitorozás, kutatás és oktatás

(Részletek)

[...]

* Forrás: CSDH (2008): *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Part 5: Knowledge, Monitoring, and Skills: The Backbone of Action. Chapter 16: The social determinants of health: Monitoring, research, and training. Geneva, World Health Organization, 179–183. http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDH_SDH_FinalReport.pdf

A nemzeti egészségi állapot egyenlőtlenségeit vizsgáló surveillance rendszer

A Bizottság ajánlja, hogy

16.2. A nemzeti kormányok hozzák létre az országos egészségi állapot egyenlőtlenségeit vizsgáló surveillance rendszert, amely rendszeresen összegyűjti az egészség társadalmi meghatározóira, valamint az egészségi állapot egyenlőtlenségeire vonatkozó adatokat.

Az egészségi állapot egyenlőtlenségeit vizsgáló surveillance rendszer koherens módon összegyűjti, összehasonlítja és terjeszti az egészségre, az egészségi állapot egyenlőtlenségeire és az egészséget meghatározó tényezőkre vonatkozó információkat. [...]

Először is, míg a legtöbb meglévő adatrendszer kizárólag országos átlagokat tartalmaz, az egészségi állapot egyenlőtlenségeire vonatkozó surveillance rendszer az országokon belüli társadalmi csoportokra rétegzett adatokat mutatná be, és tartalmazná az egészségi állapot egyenlőtlenségeit és az egészséget meghatározó tényezők e csoportok közötti mérését. Másodsor, miközben az egészség különböző társadalmi meghatározóira vonatkozó adatok jelenleg az információs rendszerek sokasága között szétszóródnak, az egészségegyenlőtlenséget vizsgáló surveillance rendszer egy helyre hozná össze az egészség társadalmi meghatározóinak széles skáláját lefedő adatokat.

Az egészségegyenlőtlenséget vizsgáló surveillance rendszer minimális alapjainak a kialakítása

[...] Egy ilyen surveillance rendszert fokozatosan – az adott ország és a meglévő egészségügyi információs rendszer fejlettségi szintjének megfelelően – lehetne kialakítani. Az első követelmény az, hogy a kormányok biztosítsák az alapvető mortalitási és morbiditási adatok elérhetőségét, az országon belüli egyes társadalmi-gazdasági csoportokra és régiókra lebontva. Az Európai Uniónak végzett tevékenységek tapasztalatai folyamatosan azt mutatják, hogy a társadalmi-gazdasági indikátorok szerinti mortalitási és morbiditási adatokkal nem rendelkező országok nem képesek az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentését célzó célkitűzésben előbbre lépni. [...]

Egy átfogó egészségegyenlőtlenséget vizsgáló rendszer irányába való elmozdulás

Az egészség legfontosabb társadalmi meghatározóira és az egészségi állapotra vonatkozó adatokat együtt volna szükséges gyűjteni és elemezni. A surveillance rendszernek az egészség társadalmi meghatározóinak sokaságára – az okokkal együtt – kell adatokat szolgáltatnia, a mindennapi életfeltételektől az egészségegyenlőtlenségek sokkal strukturáltabb meghatározóiig (Solar és Irvin 2007). A rendszernek strukturálnak kell lennie, amellyel az egészség társadalmi meghatározóinak időbeli változásai – férfiakra és nőkre külön-külön, illetve a különböző társadalmi csoportokra vonatkozóan – követhetők. [...]

16.2. doboz: Minimális egészségügyenlőtlenségeket vizsgáló surveillance rendszer

Egy minimális egészségügyenlőtlenségeket vizsgáló surveillance rendszer alapvető az adott országon belüli társadalmi-gazdasági és regionális csoportokra lebontott – mortalitási és morbiditási adatokat szolgáltat. Minimumkövetelményként minden országnak kell, hogy legyen az egészségügyenlőtlenségekre vonatkozó adatokat tartalmazó alapvető adatbázisa, amely országos szinten reprezentatív és időben összehasonlítható. Ideális esetben a mortalitás becslése egy – a lényeges eseményeket rögzítő – teljes és jó minőségű nyilvántartás alapján történik meg, míg a morbiditási adatok az egészségügyi interjú felmérések alapján gyűjthetők össze (Kunst és Mackenbach 1994). Az egészségügyi felmérések a közeljövőben számos alacsony és közepes jövedelmű országban a mortalitási információk egyik fontos forrásai maradnak.

Egészségi állapot (outcome) indikátorok:

Mortalitás: csecsemőhalálozás és/vagy 5 éves kor alatti halálozás, anyai halálozás, felnőtt halálozás és a születéskor várható élettartam.

Morbiditás: legalább három országosan releváns morbiditási indikátor, amely az országok problémái szerint eltérő lehet, és többek között tartalmazhatja az elhízás, a diabétesz, az alultápláltság és a HIV előfordulási gyakoriságát. Az önértékelt mentális és fizikai egészség adatai

Az egyenlőtlenségek mérése:

a népességátlagok mellett az egészségi állapotra vonatkozó adatokat is csoportos bontásban szükséges megadni:

- nemek szerint;
- legalább két társadalmi jellemző szerint (pl. oktatás, jövedelem/gazdagság, foglalkoztatási osztály, etnikai/faji hovatartozás);
- legalább egy regionális jellemző (pl. vidéki/városi, tartományi).

Az egyes társadalmi csoportok közötti abszolút egészségügyi egyenlőtlenség legalább egy összesítő indikátora, valamint az egyes társadalmi csoportok között a relatív egészségügyi egyenlőtlenség egy összesítő indikátora (lásd 16.3. doboz).

Az őslakosok egészségére vonatkozó jó minőségű adatok elérhetősége (amennyiben ez releváns probléma).

16.3. doboz: Egy átfogó nemzeti egészségügyenlőtlenségeket vizsgáló surveillance rendszer irányába történő elmozdulás

Egészségügyi méltánytalanságok

Az alábbi információkat tartalmazza:

- egészségi állapot (outcome) a következő csoportosításban:
 - nem,
 - legalább két társadalmi-gazdasági jellemző szerint (oktatás, jövedelem/gazdagság, foglalkoztatási osztály),
 - etnikai csoport/öslakosság,
 - egyéb kontextuálisan releváns társadalmi csoport,
 - lakóhely (vidéki/városi és tartományi vagy más releváns földrajzi egység);
- a népesség eloszlása az egyes alcsoportokon belül;
- a relatív egészségügyenlőtlenség összesítő indikátora, beleértve az aránymegoszlást, az egyenlőtlenség relatív indexét, a kockázatnak kitett népesség relatív arányát és a koncentrációs indexet;
- az abszolút egészségügyenlőtlenség összesítő indikátora, beleértve az aránykülönbséget, az „egyenlőtlenségi lejtő” indexét és a kockázatnak kitett népességet.

Egészségi állapot (outcome):

- mortalitás (minden ok, ok- és korszpecifikus);
- korai gyermekfejlés (early child development – ECD);
- mentális egészség;
- morbiditás és fogyatékoság;
- önértékelt fizikai és mentális egészség;
- okspecifikus egészségi állapot.

Az egészség meghatározói – beleértve a társadalmi réteg szerinti adatokat, ahol léteznek

Mindennapi életfeltételek:

- egészségmagatartás:
 - dohányzás,
 - alkoholfogyasztás.
- fizikai mozgás,
- diéta és táplálkozás.

• fizikai és társadalmi környezet:

- víz- és közegészségügy,
- lakhatási feltételek,
- infrastruktúra, közlekedés és városi építészeti,
- levegőminőség,
- társadalmi tőke;

• munkahelyi feltételek:

- anyagi munkahelyi kockázatok,
- stressz;

• egészségügyi ellátás:

- lefedettség,
- az egészségügyi rendszer infrastruktúrája;

• szociális védelem:

- lefedettség,
- a juttatások nagysága (bőkezűsége).

Az egészségügyenlőtlenség strukturális okai:

• nemi:

- normák és értékek,
- gazdasági részvétel,
- szexuális és reprodukció egészség;

• társadalmi méltánytalanságok:

- társadalmi kirekesztés,
- jövedelem- és gazdagságeloszlás,
- oktatás;

• társadalompolitikai kontextus:

- emberi jogok,
- foglalkoztatási feltételek,
- kormányzás és közlekedési prioritások,
- makrogazdasági feltételek.

A betegség következményei:

- gazdasági következmények,
- társadalmi következmények.

A közösségek szerepe az egészségegyenlőtlenségeket vizsgáló surveillance rendszerben

A helyi közösségek bevonása az átfogó egészségegyenlőtlenségeket vizsgáló surveillance rendszer integráns részét képezi. Ez különösen fontos, hiszen ha az egyenlőtlenségekkel kapcsolatos tényeket megfelelő módon vizsgáljuk, a kirekesztettek azok, akik bármely változás bizonyítékát – amennyiben egyáltalán léteznek – szolgáltatják. [...]

A közösségi monitorozás nem csupán hiteles és megbízható adatokat képes szolgáltatni, hanem a helyi-eket is megerősíti. Az adatgyűjtést és -elemzést szolgáló kapacitásépítés gyakran az egészség társadalmi meghatározóit célzó közösségi akció előfutára, amely képessé teszi a közösségeket az életüket érintő választások és döntések meghozatalára. Ha a közösségek számára hozzáférést – sőt ellenőrzést – biztosítunk saját adataikhoz és a monitorozáshoz, ez elősegítheti az egészségügyet meghatározó társadalmi tényezőket célzó akciókat. Az adatokat tipikusan helyi szinten gyűjtik, aztán továbbítják azokat a vezetőkhöz és a döntéshozókhoz, és csak vajmi ritkán jutnak vissza a helyiekhez. Sem a változásokat nem látják (ha vannak egyáltalán), sem pedig azt, hogy saját helyzetük hogy viszonyul másokéihoz. Ennek azonban nem kellene így lennie. (lásd 16.4. doboz).

16.4. doboz: Az egészség társadalmi meghatározóinak monitorozása Angliában

Az 1997-es Acheson-vizsgálat óta a monitoring program részeként az Egészségügyi Minisztérium vizsgálja az egészségegyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározóinak alakulását. A vizsgálat magában foglal számos mutatót a társadalmi osztályok szerinti egészségi állapotra, a társadalmi meghatározók széles skálájára – az egészségügyi magatartástól kezdve az egészségügyi rendszereken és az egészségügyi ellátás igénybevételén át az anyagi lehetőségeig, a foglalkozási helyzetig, a társadalmi és gazdasági politikáig – vonatkozó adatokkal együtt, széleskörűen követve a 16.3. dobozban rögzített keretet.

Forrás: Health Inequalities Unit 2008; Department of Health 2005.

[...]

A tudásbázis növelése

[...]

A surveillance adatok alkalmazása a politikaalakítás érdekében

[...] A globális és nemzeti surveillance rendszerek részeként az egészségegyenlőtlenségekre és meghatározókra vonatkozó adatoknak nyilvánosan rendelkezésre kell állniuk, elérhetővé kell válniuk, és fontos, hogy képviseleti szempontból, valamint a koherens politikaalkotás támogatása érdekében széles körben terjesszék azokat. Mindez megköveteli, hogy az eredmények a nem szakértő közönség számára is rutinszerűen hozzáférhetőek legyenek. A nyers adatokat kutatási célból kell nyilvánossá és hozzáférhetővé tenni. A nemzeti egészségegyenlőtlenségek surveillance rendszer keretében gyűjtött adatokat – többek között – a nemzeti politikaalkotóknak és a WHO-nak is jelenteni kell. A globális egészségegyenlőtlenségek surveillance rendszer

keretében gyűjtött adatait meg kell adni a Gazdasági és Szociális Tanácsnak, más nemzetközi testületeknek és a nemzeti kormányoknak is (lásd 15. fejezet: Jó globális kormányzás). [...]

A bizonyíték fogalmának szélesítése

Az egészség társadalmi meghatározóit célzó akciókhoz egy bőséges és sokféle bizonyítékhalmaz képes leginkább hozzájárulni. Ennek többféle diszciplináris és módszertani hagyományokból eredő bizonyítékokat kell tartalmaznia [...], valamint az érintett legfontosabb szereplők – különösen az orvosok és a beavatkozások kedvezményezettjei – ismereteinek és tapasztalatának rendszeres gyűjtése is szükséges. Ez kiváltképp fontos, mivel az egészség társadalmi meghatározóira vonatkozó bizonyítékok gyakran kontextusfüggők. Az egészségügyi beavatkozások társadalmi meghatározóinak értékelése bőségesen rendelkezésre álló minőségi adatokat követel, hogy megérthessük azokat a módokat, amelyekben a kontextus hatást gyakorol a beavatkozásra, illetve a siker vagy a kudarck okát. Ami számít, az az, hogy a legitim bizonyítékot a „célnak megfelelő” alapon kell meghatározni, és nem a bizonyíték egyszerű hierarchiája alapján (amely a randomized controlled trials vizsgálatokat és a laboratóriumi kísérleteket helyezi legfelülre). [...]

Az egészség társadalmi meghatározóira vonatkozó ismeretek terjesztése

Az egészség társadalmi meghatározóival kapcsolatos tudatosság növelése

[...] Az egészség társadalmi meghatározóinak a társadalmi nyilvánosság általi megértését – az egészségügyi műveltség új részeként – javítani kell. Az egészségügyi műveltség az „információkhoz való hozzáférés, azok megértése, értékelése és kommunikációja oly módon, hogy az egész életünk során – a legeltérőbb körülmények között is – támogassa, fenntartsa és javítsa az egészséget”. „Az egészségügyi műveltség kritikus megerősítési stratégia, amely növeli az egyének saját egészségük feletti ellenőrzését, és képessé teszi őket a szükséges információk megtalálására és a felelősségvállalásra” (Kickbusch, Wall és Maag 2006). A szerény mértékű egészségügyi műveltség gyakori, még a magas jövedelmű országokban is, és valószínűleg hozzájárul az egyes társadalmi csoportok közötti egészségegyenlőtlenségekhez. [...]

Kapacitásfejlesztés az egészségügyenélőtlenségek hatásvizsgálata érdekében

A Bizottság ajánlja, hogy

16.7. A kormányok az egészségügyenlőtlenségek hatásvizsgálata érdekében fejlesszék kapacitásaikat a politikaalkotók és tervezők körében a kormányhivatalokban (lásd Rec 10.3; 12.1)

A politikai szereplők között az egészség társadalmi meghatározói és az egészségyegyenlőtlenségek jelentőségével kapcsolatos tudatosságnövelés ugyan fontos, de önmagában nem elegendő. Az egészség és az egészségyegyenlőtlenségek fontosságát a politikaalakítás és a gyakorlat során egyaránt rutinszerűen szükséges figyelembe venni. Az egészségyegyenlőtlenségek hatásvizsgálata a Bizottság által ajánlott egyik eszköz (lásd 10. és 12. *Egészségyegyenlőtlenségek csökkentése minden politikában, rendszerek és programok; Piaci*

felelősség fejezetek), amely a döntéshozók számára segítséget nyújt abban, hogy az egészségegyenlőtlenségek csökkentésével kapcsolatos politikák, programok, projektek vagy javaslatok lehetséges hatásait egy adott népességen belül rendszeresen felmérjék azzal a céllal, hogy maximalizálják az egészségegyenlőtlenségekre gyakorolt pozitív hatásokat és minimalizálják az egészségegyenlőtlenségekre ható lehetséges káros hatásokat (MEKN 2007).

Az egészségegyenlőtlenségek hatásvizsgálata sok szempontból fontos. Először is: arra a területre, amelyen belül az egészségügyi szektor eléri célkitűzéseit, számos más szektor erőteljes befolyást gyakorol. Ezért tehát lényeges, hogy az egészségre vagy egészségegyenlőtlenségekre vonatkozó politikák, programok hatásait minden szektorban – és ne csak az egészségügyi szektorban – értékeljék. Másodszor: a legjobb szándékok mellett is minden politikának és programnak lehetnek nem szándékos hatásai, amelyeket egy rendszeres egészségegyenlőtlenségek hatásvizsgálat lefolytatásával meg lehet előzni. Végül pedig az egészség javítását és az egészségegyenlőtlenségek csökkentését szolgáló megoldások nem alkalmazhatók univerzális módon, bármely kontextusban. [...]

Az egészségegyenlőtlenségek hatásvizsgálatának szempontjából a kapacitások megerősítésének három fontos eleme van.

- *Befektetés a képzésbe, eszközökbe és forrásokba.* [...] Jelenleg nagyon kevesen képesek az egészségegyenlőtlenségek hatásait vizsgálni, így rutinszerű megfontolások egyelőre nem tehetők. Az egészségegyenlőtlenségek hatásvizsgálatát elvégezni képes szakemberek képzése mindezek alapján igen sürgető (Wismar et al. 2007).
- *Nemzeti és regionális támogató központok létrehozása.* Nemzeti vagy regionális központok létrehozhatók vagy megerősíthetők, hogy megtámogathassák az egészségegyenlőtlenségek hatásvizsgálatát technikai vezetéssel, tanácsadással és iránymutatással. [...]
- *Az egyes minisztériumokban biztosítani az egészségegyenlőtlenségek hatásvizsgálatához szükséges költségvetési forrásokat.* Az egészségegyenlőtlenségek hatásainak gyakorlati figyelembevétele megköveteli az ilyen jellegű vizsgálatokhoz szükséges erőforrások biztosítását.

6.14. doboz: Az egészségegyenlőtlenségek hatásvizsgálata

Az Ausztrál Jobb Egészség Kezdeményezés az Ausztrál Kormányzatok Tanácsa reformcsomagjának része, amely az ausztrálok egészségének javítását tűzte ki célul. Az Új Dél-Wales-i Végrehajtási Terv fejlesztésének részeként a „Gyors egyenlőtlenségek a fókuszban” hatásvizsgálat lefolytatására került sor. Nyolc kezdeményezés keretében vizsgálták az alábbi mutatók egyenlőtlenségekre gyakorolt hatásait: kor, nem, lakóhely, etnikai és társadalmi-gazdasági mutatók. Konkrét ajánlásokat fogalmaztak meg: hogyan fokozható az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló összpontosítás, és hogyan erősíthető a kezdeményezésnek az egészségegyenlőtlenségeket csökkentő lehetséges pozitív hatása.

Forrás: Harris, Harris és Kemp 2006.

[...]

Hivatkozások

- Department of Health (2005): *Tackling health inequalities: status report on the Programme for Action*. London, Department of Health.
- Harris E., Harris, P. and Kemp, L. (2006): *Rapid equity focused health impact assessment of the Australia Better Health Initiative: assessing the NSW components of priorities 1 and 3*. Sydney, UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity.
- Health Inequalities Unit (2008):. *Tackling health inequalities: 2007 status report on the Programme for Action*. London, Department of Health.
- Kickbusch I., Wait, S. and Maag, D. (2006): *Navigating health: the role of health literacy*. London, Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK. (http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_3.pdf, accessed 5 May 2008).
- Kunst A. E. and Mackenbach, J. P. (1994): *Measuring socio-economic inequalities in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- MEKN (2007): *Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide*. Background document of the Measurement and Evidence Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Solar, O. and Irwin, A. (2007): *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Wismar M. et al. (2007): *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

3. fejezet

AZ EGÉSZSÉGÜGY SAJÁTOSSÁGAI

Az egészségügyi rendszerek egyik alapvető sajátossága, hogy mind a piaci, mind a kormányzati kudarcok jelentős mértékűek: azaz önmagában sem a piaci mechanizmusok, sem a kormányzati beavatkozás nem képes az erőforrások hatékony (társadalmi jólétet, egészségi állapotjavulást maximalizáló) allokációjára. Ezért az egészségpolitikák számára alapvető kérdés a „köz” és „magán” szerepének differenciált megközelítése: annak elemzése, hogy az adott országban, adott időszakban az egészségügyi rendszer különböző területein a kormányzati beavatkozásnak és a piaci mechanizmusoknak milyen kombinációja biztosíthatja az egészségpolitika céljainak legoptimálisabb elérését. Ennek a megközelítésnek egyik kiváló példáját jelentő publikációból tartalmaz – elsősorban a magánszektorral kapcsolatos mítoszok eloszlatására törekvő – részleteket az alábbi fordítás.

MIT KELL TUDNIUK A MAKROGAZDASÁGGAL FOGLALKOZÓ KÖZGAZDÁSZOKNAK AZ EGÉSZSÉGÜGYI POLITIKÁRÓL?*

(William Hsiao és Peter S. Heller) (Részletek)

II. Miért kell a makrogazdasággal foglalkozó közgazdászoknak érteniük az egészségügyi kérdésekhez?

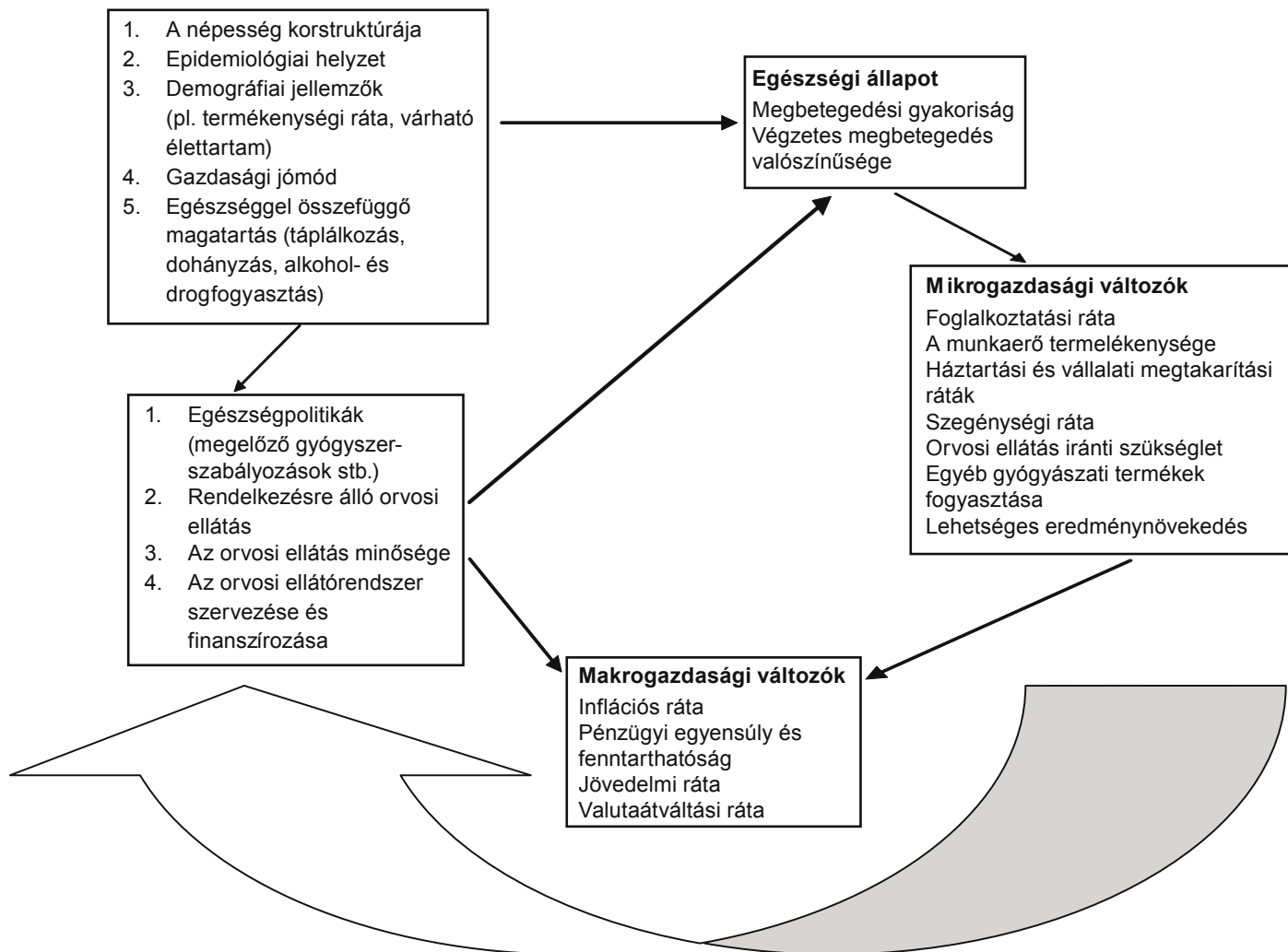
[...] egy szélesebb körű érvelés azt célozza, hogy még inkább meggyőzze a makrogazdasággal foglalkozó közgazdászokat, hogy az egészségpolitika kérdéseit is tűzzék napirendre, amikor igyekeznek megérteni a makrogazdaság működését. Ezek az érvelések nemcsak az alacsony, de a közepes jövedelmű országokra, sőt a fejlett gazdaságokra egyaránt vonatkoznak. Az elsődleges kérdés az lesz, hogyan hat az egészségügy a makrogazdaságra.

* Forrás: William Hsiao and Peter S. Heller (2007): *What Should Macroeconomist Know about Health Care Policy?* Part II.: Why Macroeconomists Must Understand Health Issues; Part III.: Facts and Myths about Health Care and Health Sector. IMF Working Paper WP/07/13. International Monetary Fund, 12–16 and 17–23. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf>

Az érvelés egyszerűsített változatát grafikusan az 1. ábra mutatja be, melynek kiinduló felismerése az, hogy a népesség egészségi állapotára alapvetően annak korstruktúrája, a különféle (részben földrajzi tényezőknek betudható) epidemiológiai vírushordozók, a gazdagságának foka, (a táplálkozással és a káros epidemiológiai tényezőkkel szembeni kitettséggel összefüggő) magatartása, demográfiai jellemzői (pl. magas vagy alacsony termékenység) gyakorolnak befolyást. Ez az alapvető kiindulási pont nyilvánvalóan hatással lesz az adott ország egészségügyi ellátórendszerével szemben támasztott szükségletekre. Továbbá – amint azt az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation – WHO) Makrogazdasági és Egészségügyi Bizottsága (Commission on Macroeconomics and Health – CMH) megjegyezte: a népesség egészségi állapota valószínűsíthetően erőteljes befolyást gyakorol majd számos mikrogazdasági munkaerő-piaci és megtakarítási változóra, ami befolyásolhatja a makrogazdaság helyzetét.

Ugyanakkor a népesség egészségi állapotára részben a kormányok által folytatott egészségpolitikák természetű is hatást gyakorol – a közjavak (így pl. az immunizáció és a védőoltások) biztosítása, a gyógyszer-szabályozási politikák minősége, a köz „rosszak” (mint a kábítószer elleni vagy dohánypolitikák) ellenőrzésének erőteljessége, valamint a népesség számára elérhető (magán- vagy közfinanszírozott) orvosi szolgáltatások minősége és mennyisége. Általánosságban ésszerűnek tűnik azt feltételezni, hogy az egyén egészségi állapotára pozitív hatást gyakorolnak az adott ország egészségügyi ellátórendszerének tevékenységei.

Az tehát, hogy egy társadalom miként szervezi meg egészségpolitikájának végrehajtását és a nyújtott egészségügyi ellátások finanszírozását, szintén feltételezhető, hogy közvetlen és *független* hatást gyakorol a makrogazdasági változókra, felismerve, hogy a hatás foka az egyes országokban eltérő lesz (az egészségügyi szektor méretétől és relatív fontosságától függően). Továbbá persze a makrogazdaság helyzete – különösen a jövedelemszint és jövedelemelosztás – befolyást gyakorol a kormány és a magánszektor kapacitásaira az egészségügyi ellátás nyújtása és az egészségpolitikák végrehajtása terén.



1. ábra: Csatornák, melyeken keresztül az egészségügy befolyást gyakorolhat a makro- és mikrogazdasági változókra

Azok a csatornák, amelyeken keresztül az egészségpolitikák, az egészségügyi szektor szervezése és finanszírozása hatást gyakorolhat a makrogazdasági változókra, magukban foglalják – azonban nem korlátozódnak csupán – az alábbi összefüggésekre (OECD 2006).

- Az új orvosi technológiák és gyógyszerek bevezetésére irányuló kényszerítő hatások. Mivel az új technológiák és gyógyszerek rendelkezésre állnak az orvosi problémák kezelésére, azt várhatnánk, hogy az orvosok szívesen felírják ezeket, míg a betegek elvárják, hogy hozzáférhetőek legyenek. Egy kormányzati

finanszírozású egészségügyi rendszerben, vagy egy olyan rendszerben, amelyben a harmadik fél (a munkáltató által finanszírozott biztosítási rendszerek) vállalja az egészségügyi ellátás költségét, a közösség vagy a biztosított népesség nyomást gyakorol a szükségletek megfelelő kielégítésére. Mindez fokozza a költségvetésre nehezedő nyomást. Az ilyen új termékek és eljárások magasabb költsége végül a fogyasztói árindexben is megjelenhet (lásd Lubitz 2005).

- **A növekvő egészségügyi kiadásokkal járó egyéb szükségletkényszerek.** Az idősödő népesség hatásaként vagy bizonyos specifikus betegségek (pl. HIV/AIDS) gyakori előfordulásának következményeként az egészségügyi ellátás iránti növekvő kereslet tovább erősödik. A költségvetésre gyakorolt nyomás ismét – különösen, amikor a kormány közvetít az egészségügyi ellátás finanszírozásában – emelkedni fog. Az OECD közelmúltbeli (2006) előrejelzései az egészségügyi szektor növekvő pénzügyi kiadásaira vonatkozóan jól illusztrálják ezt a jelenséget.¹ Az OECD például azt vetíti előre, hogy Korea és Mexikó egészségügyi és tartós ápolási kiadásai a 2005-ös GDP 3,3%-áról – költségkorlátozó politikák hiányát feltételezve – 2050-re a GDP 11,9%-ára emelkednek majd; a költségkorlátozó politikák alkalmazása esetén pedig a GDP 9%-át érhetik el. Több más ipari ország esetében is bár kisebb, ugyanakkor jelentős (40–100%-os nagyságrendű) az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányának a prognosztizált növekedése.²
- **Az egészségügyi szektor relatív költségére gyakorolt „Baumol-hatás”.** Ha az egészségügyi szektor kevésbé képes a munkatermelékenység növelésére, mint a nemzetgazdaság más területei (az egészségügyi munkaerő igényessége miatt), akkor relatív áremelkedés figyelhető meg az egészségügyi szektorban, mivel a nemzeti produktivitás növekedésének arányában emelkedő szektorális keresetek magasabbak, mint a produktivitási nyereség.
- **Az egészségügy finanszírozására nehezedő nyomás erősítheti az adók, a biztosítási díjak vagy a termékárak megemelésének szükségességét.** A kormányok megkísérelhetik a magasabb egészségügyi kiadásokkal összefüggő költségvetési egyensúlytalanságot az adómértékek (pl. kereseteket terhelő adó mértékének) megemelésével kezelni, ami potenciálisan káros hatást gyakorol a hatékonyságra (a magasabb adómértékekkel előidézett túlzott terhet tükrözve). Azok a cégek, amelyek alkalmazottaik vagy nyugdíjaik számára biztosítást nyújtanak, azzal szembesülhetnek, hogy az emelkedő egészségügyi költségek a munkaerő-költségek egyre növekvő mértékű részét teszik ki, nyomást gyakorolva a termékárakra és veszélyeztetve a versenyképességet. Ez a munkavállalók által fizetendő önrész (*co-payment*) emelkedéséhez is vezethet.

¹ Egy adott országban uralkodó egészségpolitikák az egészségügyi ellátórendszer szervezése, valamint a népesség egészségi állapotára gyakorolt hatásai közötti összefüggéssel kapcsolatban nyilvánvaló kérdések merülnek fel. Az egészségügyi ellátórendszer az eredmények, a népesség egészségi állapotának javítása (gyakran vagy minőségiigazított, vagy rokkantságiigazított életévek – QALY-k vagy DALY-k) szempontjából nyújtja-e a szolgáltatásokat? Mely tényezők határozzák meg az egészségügyi ellátásra fordított finanszírozás összetételét? A társadalomban ki dönti el, hogy – mind gyógyítási, mind pedig megelőzési célú beavatkozási szempontból – milyen szolgáltatásokat nyújt az egészségügyi ellátórendszer?

² Lásd még Follette és Sheiner 2005.

- Az a mód, ahogy egy adott ország megszervezi az egészségügy finanszírozását, befolyást gyakorol a fő makrogazdasági változókra. A relatív egyensúly a háztartások közvetlen kifizetései (*out-of-pocket payment*) és a társadalombiztosítás alapú egészségbiztosítás (a munkáltató, a munkavállaló és a kormányzat közötti alternatív önrészfizetési intézkedésekkel), valamint a(z) általános adóbevételeken keresztül történő közfinanszírozott ellátások között nyilvánvalóan eltérő hatású lehet az adómértékekre és a megtakarítási rátákra. A finanszírozási rendszer jellemzői továbbá hathatnak arra, hogy az egészségügyi költségek potenciális tényezővé váljanak, amelyek befolyásolhatják azt, hogy a súlyos egészségügyi események előidéz-e a háztartások elszegényedését (akár az ellátás költségessége miatti vagyonfeléléssel vagy a betegség következményeként bekövetkező jövedelemvesztéssel).
- A magasabb orvosi költségekre vonatkozó várakozások a háztartási megtakarítási döntéseket befolyásoló tényező lehet. Az Egyesült Államokban az látható, hogy az idősök az életciklusban elfoglalt helyük alapján a várhatónál többet takarítanak meg, hogy a későbbi években esetlegesen bekövetkező súlyos betegség vagy tartós ápolás esetére biztosítsák a szükséges pénzügyi erőforrások meglétét. Azokban az országokban, amelyek az egészségügyi ellátások háztartási megtakarításokból történő finanszírozására hagyatkoznak, megfigyelhető a „401K”³ típusú megtakarítási ösztönző rendszerek – de akár kötelező megtakarítási mechanizmusok (pl. a Medisave Szingapúrban) – bevezetése.
- Az egészségügyi szektor kiadásai által generált „externális hatások”. Mára számos alacsony jövedelmű ország jelentős külső pénzügyi segítségnyújtás igénybe vevője, amelyek a HIV/AIDS kezeléssel összefüggő, kiterjedtté vált egészségügyi szolgáltatásnyújtás finanszírozását célozzák. A jövedelmek jelentős mértékű emelése iránti igény – ami vonzza és megtartja az egészségügyi szektorban dolgozó szakembereket – legalábbis rövid távon nyomást gyakorolhat a közszféra más területein dolgozó képzett munkaerő számára biztosított magasabb keresetekre.
- Tőkepiaci kérdések. Ha egy ország jövőbeli pénzügyi fenntarthatósága esetleg veszélyeztetettnek tűnik a népesség idősödésének és az egészségügyi ellátási költségek emelkedésének az együttes hatása miatt, olyan kockázati kérdések merülhetnek fel a pénzpiacokon, amelyek növelhetik a kormányzat által felvett kölcsönökre meghatározott kockázati felárakat.
- Az egészségügyi kiadások lehetséges hatásai az ország fizetési mérlegére. Számos mód létezik, amellyel az egészségügyi szektor hathat a fizetési mérleg egyensúlyára. Néhány fejlett országban az egészségügyi ellátórendszer és a gyógyszer-szektor az exportbevételek forrása lehet (a gyógyszerek vagy a helyi szolgáltatótól megvásárolt egészségügyi szolgáltatások exportján keresztül). A gyógyturizmus és az egészségügyi szakemberek exportja szintén exportbevételi forrás lehet bizonyos alacsony és közepes jövedelmű országokban. Azokban az országokban, amelyekben az egészségügyi szektor kiadásai a GDP jelentős részét teszik ki, eltöprenghetünk azon, vajon az többé vagy kevésbé importintenzív-e, mint a kiadások más formái.

³ Speciális nyugdíj-előtakarékossági program az USA-ban.

- **A politikai gazdaságnak az egészségügyi szektorból eredő dinamikája.** Az egészségügyi szektorbeli politikák jelentős politikai gazdasági hatásokat idézhetnek elő. Azokban az országokban, amelyekben társadalombiztosítási alapú egészségbiztosítási mechanizmusok működnek, azzal lehet számolni, hogy az üzleti élet megkísérli az egészségügyi ellátás finanszírozási költségeinek nagyobb részét áthárítani a kormányzatra.
- **Az egészségi állapottal összefüggő kérdések limitálhatják a kormányzati kapacitást más területen a reformok végrehajtásában.** Amennyiben egy adott ország munkaerejének idősebb tagjai között magas a munkavégzési képtelenség/rokkantság előfordulási gyakorisága, az szűkítheti a kormányzat lehetőségét az államilag finanszírozott nyugdíjrendszerben a nyugdíjkorhatár emelésére.

III. Az egészségügyi ellátással és az egészségügyi szektorral kapcsolatos tények és feltételezések

A) Az egészségügyi szektor alapvető tényei

Az egészségügyi szektor és az egészségügyi ellátás bizonyos alapvető tényei nem ismertek széles körben. Ez a fejezet bemutatja, hogy a makrogazdasággal foglalkozó közgazdászoknak – mint az egészségpolitikák alakításában résztvevő szakembereknek – mit kell tudniuk erről a témáról.

- **A méltányosság és a hatékonyság közötti kompromisszum/optimalizálás (trade-off⁴).** A méltányosság kiemelt megfontolássá válik, hiszen a létfenntartáshoz, illetve a fájdalmak és a szenvedés csökkentéséhez mindenki számára szükséges az alapvető egészségügyi ellátás. Biztosítás hiányában az egészségügyi kiadások viselése szintén elsődleges oka lehet az elszegényedésnek, ezért az alapvető egészségügyi ellátás és a kockázat elleni védelem méltányos eloszlását biztosítani kell, és ebben az ár nem lehet elsődleges elosztási szempont. Ez maga után vonja a méltányosság és a hatékonyság közötti jelentős kompromisszumot (trade-off-ot). Egy társadalom szociális értékei és politikai filozófiája hatást gyakorol arra, hogy az adott ország hogyan közelít egy ilyen jellegű optimalizáláshoz (trade-off-hoz).
- **Az egészségügyi szektort érintő forrásallokáció komplex optimalizálást (trade-off-ot) is magában foglal.** A trade-off probléma túlmegy a méltányosságon és a hatékonyságon. Az egészségügyi rendszerek egyszerre több célt (több kritérium szerinti eredményt) törekednek elérni. Az egyszerűsített vélekedéssel szemben az egészségügyi szektorban megvalósított forrásallokáció nem alapulhat pusztán a költséghatékonyságon, amelyben a eredményt csupán mint egészségnyereséget mérik. A súlyos betegségből eredő potenciálisan magas pénzügyi terhekkel kapcsolatos bizonytalanság legitim igényt támaszt a drága kórházi szolgáltatásokkal szembeni biztosítás iránt. Az egészségügyi ellátás köz- és magánfinanszírozásában a

⁴ A „trade-off” kifejezésnek nincs tökéletesen megfelelő magyar változata. A méltányosság és a hatékonyság közötti „trade-off” olyan helyzetet jelent, amikor a hatékonyság javulása csak a méltányosság rovására lehetséges, vagy fordítva: a méltányosság javítása a hatékonyság romlását vonja maga után. Ebben a fordításban a kompromisszum vagy optimalizálás kifejezéseket használtuk. – *A ford.*

forrásallokációnak három általános célkitűzést kell szolgálnia: a népesség egészségi állapotának javítását, a polgárok pénzügyi katasztrófákkal szembeni védelmét és a közösség egészségügyi szolgáltatások elérhetőségével szembeni elvárásának teljesítését. Ezek a többszörös célok szükségszerűen bonyolult kompromisszumokat (trade-off-okat) vonnak maguk után.

- *A piac önmagában nem képes az egészségügyi rendszerben hatékony eredményeket elérni.* Az egészségügyi szektor több mint egy tucat piacot foglal magában, amelyek közül a legtöbb súlyos kudarcoktól szenved, az információs aszimmetria, a tökéletlen megbízó-ügynök kapcsolatok, a belépési korlátok és a morális kockázat miatt. Bizonyítékok igazolják, hogy a kínálati oldal (technológia és gerjesztett kereslet) jobban növeli az egészségügyi költségeket, mint a fogyasztói keresletet. A piaci kudarc tipikus példái a káros szelekció (Rothschild és Stiglitz 1976; Cutler 1996) és a kockázatszelekció⁵ (Luft 1986; Holahan 1997), amelyek súlyosan csorbítják a biztosítási piacok hatékony működését. A biztosításból eredő morális kockázat szintén hatékonytalansághoz vezet. A szolgáltatásnyújtási piacon az orvosoknak van piaci hatalmuk, amely révén árdiszkriminációt valósíthatnak meg (Kessel 1958) és keresletet generálhatnak (Yip 1998). A termelési tényezők piacán a szabadalmi jogvédelem monopolisztikus profitot biztosít a gyógyszertermékeknek. Az engedélyezési szabályok korlátozzák a szabad belépést és a versenyt. Ezek a piaci kudarcok hatékonytalanságot, magas egészségügyi inflációt és méltánytalanságot okoznak.

A nemzetközi tapasztalatok arra tanítanak bennünket, hogy e piaci kudarcok némelyike korrigálható, míg mások kezelése túlmutat jelenlegi képességeinken. Összefoglalva: egy általános politika, amely lehetővé teszi az egészségügyi szektor számára, hogy teljes mértékben szabadpiaci alapon működjön, nem fog hatékony eredményeket hozni. A piaci verseny kizárólag szelektív módon, egy adott ország egészsége és jóléte érdekében alkalmazható.

- *Az egészségügyi kiadások eloszlása nagyon aránytalan.* Mind a gazdag, mind pedig a szegény országokban az adott ország teljes éves egészségügyi kiadásának mintegy 20-25%-át a népesség 1%-ára, míg a kiadások kb. 50%-át a népesség 5%-ára fordítják. A népesség 20-25%-ára az adott évben nem jut kiadás. Az 1. táblázat bemutatja az Egyesült Államok egészségügyi kiadásainak (azaz az egészségügyi kiadások népességre vetített arányának) a véletlenszerűségét, amely a legtöbb országra nézve meglehetősen tipikus. Ugyanakkor rendkívül korlátozottak a képességeink annak előrejelzésében, hogy egy adott évben kik a legmagasabb kockázatú személyek. Ezért ez az aránytalan eloszlás legalább három fontos gazdasági következményt rejt: (i) az egészségbiztosítás szükséges, amint azt Kenneth Arrow (1963) nagy hatású tanulmánya igazolja; (ii) a káros szelekció megakadályozza a stabil egészségbiztosítási piac létrejöttét, amint ezt jelentős empirikus bizonyítékok támasztják alá (Rothschild és Stiglitz 1976; Cutler és Zeckhauser 1998); valamint (iii) a biztosító általi kockázatszelekció a magas kockázatú népesség biztosításának terhét a kormányra hagyja (Davis 1975), és csökkenti az egészségügyi szolgáltatások minőségét (Newhouse 1992).

⁵ Ez azokra a helyzetekre vonatkozik, amikor a biztosítási cégek a potenciális biztosítottak között válogatnak.

1. táblázat: Egyesült Államok: Az egészségügyi kiadások véletlenszerűsége, 2002
(minden korcsoportra)

A teljes népesség %-a	A teljes egészségügyi kiadás %-a
1	22
5	49
10	64
50	97

Forrás: Yu és Ezzati-Rice 2005.

- *A kínálati oldal nagyobb hatást gyakorol az egészségügyi ellátás hatékonyságára, minőségére és a kiadásokra, mint azt a keresleti oldal teszi.* A keresleti oldalon megjelenő morális kockázat jól ismert. Amit azonban kevésbé értünk és kevésbé is mérünk, az az a tény, hogy a kínálati oldal monopolisztikus ereje nagyobb hatást gyakorol a hatékonyságra, a minőségre és a kiadásokra. Az amerikai kormány által (100 millió dollárral) támogatott, a Rand Corporation 1970-es évek elején elkészített tanulmánya az USA-ban megmérte az orvosi szolgáltatások iránti szükséglet árugalmasságát, és arra jutott, hogy az egészségügyi kiadások rugalmassága 0,2 körüli (Newhouse 1977). Más tanulmányokban az alacsonyabb jövedelmű országok esetében a rugalmassági skála 0,1 és 0,4 között mozgott. Mindazonáltal fontos megjegyezni, hogy az alacsony jövedelmű országok szegény családjainál a rugalmasság 1,0-nél is nagyobb lehet (van der Gaag 1991; Gertler és van der Gaag 1990).
[...]

B) Az egészségügyi ellátórendszerekkel kapcsolatos mítoszok

Amint azt a korábbiakban bemutattuk, az egészségpolitikai megfontolásokat nem csupán az alapvető tények figyelmen kívül hagyása gátolja, hanem számos, széles körben osztott mítoszok (tévhitek) megléte is. Néhány ezek közül olyan sztenderd neoklasszikus gazdasági elméleten alapul, amelyeket empirikus bizonyítékok nem támasztanak alá. Mindazonáltal e mítoszok világszerte – de különösen az Egyesült Államokban erőteljes befolyást gyakoroltak a politikai vitákra. A következőkben öt ilyen tévhitről rántjuk le a leplet, abban a reményben, hogy a politikaalkotás valódi bizonyítékokon alapulhasson:

- *1. mítosz: A nemzeti vagy társadalombiztosítás korlátozza a betegek szabad szolgáltatóválasztását; a magánbiztosítás sokkal nagyobb szabadságot teremt.*
Ezt a mítoszt az USA-ban széles körben osztják, és ez torzította is a közvélemény társadalombiztosítással kapcsolatos felfogását. Tény, hogy a kanadaiaknak, bár van társadalombiztosításuk, a saját nemzeti egészségbiztosítási rendszerükben teljes a szabadságuk a szolgáltatóválasztás terén, és a németek is sokkal nagyobb választási szabadságot élveznek saját társadalombiztosítási rendszerükben, mint az amerikaiak saját magánbiztosítási vagy az irányított betegellátási rendszerükben.

- 2. mítosz: Az egészségügyi kiadások növekedése nem kezelhető, mivel azt az új, költségnövelő technológia által nyújtott szolgáltatások iránti igény irányítja.

Az egészségügyi kiadások inflációs rátái az 1960-as évek végétől valóban emelkedtek, s ennek tendenciájában a közgazdászok két okot feltételeztek. Először is: három évtizeddel ezelőtt a legtöbb amerikai közgazdász azt a nézetet vallotta, hogy a kiadások növekedését a növekvő biztosítási lefedettségéből eredő morális kockázat okozta. A hipotézis akkor vált megalapozatlanná, amikor az 1980-as években az USA-ban a biztosítási lefedettség azonos szinten maradt vagy csökkent, miközben a felduzzadt egészségügyi kiadások változatlanul nem mérséklődtek. Másodszor: többen pedig azzal érveltek, hogy a magas egészségügyi kiadások a költséges orvosi technológiák gyors fejlődésének/előretörésének és egyre növekvő elérhetőségének tulajdonítható. A közgazdászok úgy vélték, hogy az egészségbiztosítás endogén módon (saját rendszerén belül) határozza meg az új technológiát (Weisbrod 1991). Ez a hipotézis ugyan nem érvényes az egészségbiztosítás összes típusára, azonban érvényes lehet az amerikaiakra, amelyek nagymértékben magánbiztosításon nyugszik. A kiterjedt társadalombiztosítással rendelkező OECD-országokban az új orvosi technológia széles körű alkalmazása ugyanakkor változatlanul együtt jár a kiadások jóval alacsonyabb inflációjával.

Bizonyítékok igazolják, hogy az összes főbb fejlett gazdaság – kivéve az USA-t – az 1970-es évek közepétől képes volt saját egészségügyi kiadásnövekedését kezelni. Az 1960-as évek közepe előtt a fejlett gazdaságok egészségügyi kiadásokra GDP-jük 4,0-4,5%-át fordították, azonos egészségügyi kiadásnövekedést tapasztalva. Az 1960-as évek végén minden fejlett gazdaság emelkedő egészségügyi kiadás/GDP arányokkal szembesült. Az országok különböző módszereket próbáltak ki a probléma kezelésére. Az 1970-es évek közepétől minden fejlett gazdaság – kivéve az USA-t – ellenőrzés alatt tudta tartani nemzeti egészségügyi kiadásának GDP-hez viszonyított arányát. [...] a kiadások arányának a növekedése a fejlett gazdaságokban kevésbé vált meredekké, míg az USA egészségügyi kiadásainak meredeksége alapvetően változatlan maradt. Ezek a fejlett gazdaságok pedig az új orvosi technológiákat ugyanolyan gyorsan vették át, mint az Egyesült Államok. Mindezek alapján elmondható: nemzetközi tapasztalatok bizonyítják, hogy az egészségügyi kiadásnövekedés alapvető okát nem az új orvosi technológiák jelentik, az ok ennél sokkal alapvetőbb.

Más fejlett gazdaságok képesek voltak kezelni az egészségügyi kiadásnövekedésből eredő nyomást azzal, hogy a teljes egészségügyi szektort érintően hatékony költségvetési korlátokat szabtak meg. A „zárt” költségvetés nagyobb hatékonyságra ösztönöz, beleértve a kevésbé költséghatékony orvosi gyakorlatok visszafogását. Az egészségügyi kiadásnövekedési arányok eltérőek, mivel a főbb fejlett gazdaságok képesek voltak megtörni az orvosi technológia és az egészségbiztosítás közötti endogén kapcsolatot azzal, hogy kívülről határozták meg a teljes egészségbiztosítási kiadás szintjét. Az amerikai egészségfinanszírozási rendszer „nyitott” költségvetést biztosít az egészségügyi szektor számára, amely a szolgáltatók számára lehetővé teszi, hogy egyik alrendszerből a másik alrendszerbe tegyék át a költségeket. Más szavakkal: az USA nem kíván kemény költségvetési korlátokat alkalmazni az egészségügyi szektorban.

Az amerikaiak azzal érvelnek, hogy más országok úgy voltak képesek saját kiadásnövekedési arányaikat kezelni, hogy az egészségügyi ellátásra fordított befektetések alatta maradtak a szükséges mértéknek, így egyes vizsgálatok és sebészeti eljárások esetében hosszú várólistákhoz vezettek. Ugyanakkor a legtöbb jól

fejlett országban – kivéve az Egyesült Királyságot és Kanadát – a betegeknek nem kellett hosszasan várniuk a nem sürgősségi vizsgálatokra és a sebészeti beavatkozásokra. A közelmúltban az Egyesült Királyság kísérletet tett a hosszú várólisták megszüntetésére úgy, hogy a GDP 6,8%-os egészségügyi kiadásait 8% körüli emelte (lásd Aaron 2006). Kanadában – a gazdasági visszaesés idején az egészségügyi költségvetés drasztikus csökkentése következtében – az 1980-as évek vége óta léteznek várólisták, azonban a gazdaság újraéledésével a helyzet javult, és a szövetségi kormány megemelte az egészségügyi költségvetést.

- *3. mítosz: A kormányzati finanszírozású egészségügyi szolgáltatások szükségszerűen alulfinanszírozottak, ami hiányokhoz, alacsonyabb színvonalú szolgáltatásokhoz és hosszú várólistákhoz vezet.*

Az egészségügyi szektor közjavak elemei mellett az országok zöme a méltányosság és a kockázattól való védelem céljából a központi költségvetés bevételeiből finanszírozza az egészségügyi szolgáltatásokat,. A legtöbb ország szintén elfogadja azt az alapelvet, hogy az egészségügyi ellátás alapvető szükséglet – és ebből a megfontolásból nem megfelelő, ha az ár lesz – a polgárok fizetési képessége és hajlandósága szerint – a meghatározó elosztó tényező. Mivel az alacsony és közepes jövedelmű országok kormányai pénzügyileg képtelenek minden szükséglet kielégítésére, ezen országok közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatásai általában alulfinanszírozottak. Ebből következően a szolgáltatások más eszközök – így például hosszas várólisták – alapján kerülnek elosztásra. A fejlett gazdaságokban azonban nem ez a helyzet, hiszen legtöbbjük képes egyensúlyban tartani a kínálatot és a keresletet. Az egyetlen említésre érdemes kivétel az Egyesült Királyság, ahol a központi kormányzati szintű politikai folyamatra hagyatkozva határozzák meg a nemzeti egészségügyi költségvetést. A brit egészségügyi ellátórendszernek más nemzeti prioritásokkal – így az oktatással, a szociális biztonsággal vagy a honvédelemmel – kell versenyeznie. A közösség – a politikai piacon keresztül megnyilvánulva – úgy tűnik, kész elfogadni azt, hogy a kezelésekre várni kell.

- *4. mítosz: Minden megelőző ellátás költséghatékony.*

A politikai döntéshozók sokszor tévesen feltételezik, hogy egy betegség megelőzésének költségei mindig alacsonyabbak, mint a kezelés költségei, azonban ez nem igaz. Az eszközök biztosításán felül a hatékony megelőző programok gyakran megkívánják a kockázatnak kitett népesség azonosítását és azt, hogy a populáció nagymértékben kövesse a prevenció tanácsokat. E törekvések azonban meglehetősen költségesek lehetnek. Például tanulmányok igazolják, hogy sokkal költséghatékonyabb a tuberkulózisos esetek kezelése, mint a tbc megelőzése (Borgdoff et al. 2002). Az influenza elleni oltottság nem költséghatékony az egészséges dolgozó felnőttek esetében (Bridges et al. 2000). Továbbá néhány megelőző intézkedés súlyos, maradandó károsodással járó mellékhatásokat okozhatnak. Ennélfogva a megelőző politikának szigorúan költséghatékonyság elemzésen – és nem benyomásokon – kell alapulnia.

- *5. mítosz: Minden magánszektorbeli szolgáltató sokkal hatékonyabb, mint a közszolgáltatási rendszerben működő szolgáltató.*

Az előbbihez hasonlóan a makrogazdasággal foglalkozó közgazdászok gyakran hibásan azt gondolják,

hogy a magánszektor egészségbiztosítása és az ott nyújtott egészségügyi szolgáltatások jóval hatékonyabban a közfinanszírozásnál és közszolgáltatók által nyújtott ellátásnál. Ez a feltételezés nem állja meg a helyét. Tanulmányok következetesen arra jutnak, hogy a magánbiztosítás költsége – a piaci költségek különbsége miatt – a társadalombiztosításhoz képest magasabb. Továbbá Szingapúr azt példázza, hogy a magánszektorban a kórházak sokkal magasabb árakat számítanak fel a kórházi szolgáltatásokért, mint az „azonos” minőségű, közkórházakban nyújtott szolgáltatásokért.

[...]

Hivatkozások

- Aaron, H. (2005): *Can We Say No? The Challenge of Rationing Health Care*. Washington DC, Brookings Institution.
- Arrow, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Health Care. *American Economic Review*, 53, 941–973.
- Borgdorff, M., Floyd, K. and Broekmans J. (2002): Interventions to reduce tuberculosis mortality and transmission in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (3), 217–227.
- Bridges, C., Thompson, W., Meltzer, M., Reeve, G., Talamonti, W., Cox, N., Lilac, H., Hall, H., Klimov, A. and Fukuda, K. (2000): Effectiveness and Cost-Benefit of Influenza Vaccination of Healthy Working Adults. *Journal of the American Medical Association*, 284 (13), 1655–1663.
- Cutler, D. M. (1996): *Why Don't Markets Insure Long-Term Risk*. Mimeo. Boston, Department of Economics, Harvard University.
- Cutler, D. and Zeckhauser, R. (1998): Insurance Markets and Adverse Selection. In J. Newhouse and T. Culyer (eds.): *A Handbook for Health Economists*. North-Holland, (forthcoming).
- Davis, K. (1975): *National Health Insurance: Benefits, Costs, and Consequences*. Washington, DC, Brookings Institution.
- Follette, G. and Sheiner, L. (2005): The Sustainability of Health Spending Growth. *National Tax Journal*, LVIII (3, September).
- Gertler, P. and van der Gaag, J. (1990): *The Willingness to Pay for Health Care: Evidence from Two Developing Countries*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Holahan, J. (1997): Crowding Out: How Big a Problem? *Health Affairs*, 16 (1), 204–206.
- Kessel, R. (1958): Price Discrimination in Medicine. *Journal of Law and Economics*, 1 (Oct), 20–53.
- Lubitz, J. (2005): Health, Technology, and Health care Spending. *Health Affairs*, 24 (Sept), 81–85.
- Luft, H. S. (1986): Compensating for Biased Selection in Health Insurance. *Milbank Quarterly*, 64 (4), 566–591.
- Newhouse, J. P. (1977): Health Care Expenditure: A cross-national Survey. *The Journal of Human Resources*, 12 (1), 115–125.

- Newhouse, J. P. (1992): Health Care Costs: How much of a Welfare Loss? *Symposia: Health Economics*, 6 (3), 3:21.
- OECD (2006): Future Budget Pressures Arising from Spending on Health and Long-Term Care. *OECD Economic Outlook*, 2006/1 (79, June), 145–155.
- Rothschild, M. and Stiglitz, J. E. (1976): Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *Quarterly Journal of Economics*, 90, 629–650.
- van de Gaag, J. (1991): Poverty in the Developing World: Assessment of Past, Prospects for the Future. *European Economic Review*, 35 (2–3), 343–349.
- Weisbrod, B. A. (1991): The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment. *Journal of Economic Literature*, 29, 523–552.
- Yip, W. (1998): Physicians' Response to Medicare Fee Reductions: Changes in the Volume and Intensity of Supply of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Procedures for the Medicare and Private Sectors. *Journal of Health Economics*. 17 (6), 675–699.
- Yu, W. and Ezzati-Rice, T. (2005): Concentration of Health Care Expenditures in the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population. *MEPS Statistical Brief*, 81.

4. fejezet

AZ EGÉSZSÉGÜGY FINANSZÍROZÁSA. FENNTARTHATÓ FINANSZÍROZÁST ELŐSEGÍTŐ POLITIKÁK

Az egészségügyi kiadások megítélésében „paradigmaváltás” ment végbe. Az 1980–90-es években dominált az a felfogás, amely az egészségügyi közkiadásokra elsősorban mint a költségvetés számára terhet jelentő, csökkentendő tételként tekintett. A 2000-es évek eleje-közepe óta a szakirodalomban, a nemzetközi szervezetek (WHO, Európai Unió, World Bank stb.) kiadványaiban és tagországaik által elfogadott politikai dokumentumokban is teret nyer az a felfogás, hogy az egészségügyi kiadások – ha azokat hatékonyan használják fel – beruházás a jövőbe, a társadalmi gazdasági fejlődésbe. Ez nem jelenti azonban azt, hogy a finanszírozás fenntarthatósága ne lenne továbbra is alapvető egészségpolitikai kérdést – hiszen a technológia fejlődése, a társadalmi elvárások növekedése és a társadalmak öregedése folyamatos felhajtóerő az egészségügyi kiadások növelésére. A kormányzatok számára ezért alapvető kérdés olyan stratégia és eszköztár kialakítása, amely egyrészt alkalmas az egészségügyi közkiadásokat a gazdasági lehetőségek által meghatározott „mozgástéren” belül tartani, másrészt az alapvető egészségpolitikai célok (az egészségi állapot javítása, az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek csökkentése, az ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek csökkentése, az ellátórendszernek a páciensek igényeihez való alkalmazkodása stb.) elérését biztosítani. Ehhez – többek között – szükséges a fenntartható finanszírozás világos értelmezése, az érdekében alkalmazható eszköztár lehetséges pozitív és negatív hatásainak az ismerete. Nyilvánvaló, hogy egy adott ország általában nem egyetlen eszközt, hanem eszközök kombinációját alkalmazza – így fontos, hogy bővüljenek az egészségpolitikai eszközök kölcsönhatására vonatkozó ismereteink is. A közreadott fordítások tisztázzák a fenntartható finanszírozáshoz kapcsolódó alapvető fogalmakat, sokoldalúan elemzik a lehetséges egészségpolitikai eszközöket, valamint az alkalmazásuk során felhalmozódott nemzetközi tapasztalatokat. Nem utolsósorban képet kaphatunk a szakirodalomban néhány alapvető kérdésre vonatkozó különböző álláspontokról is.

2. FEJEZET: EGÉSZSÉGPOLITIKÁK A SZÜKRE SZABOTT PÉNZÜGYI FELTÉTELEK KÖZÖTT*

(OECD Health Policy Studies) (Részlet)

Ez a tanulmányrészlet áttekinti az OECD-országokban érvényesülő politikákat, amelyek az egészségügyi kiadásoknak az egészségügyi rendszer céljaira gyakorolt hatása kontrollálását célozzák. A kínálati oldalon az egészségügyi szolgáltatások inputjait és árait szabályozó makrogazdasági politikákat széles körben alkalmazzák. A szolgáltatók hatékonyságát javító ösztönzők használata egyre inkább elterjedt. A keresleti oldalon a politikák korábban a költségek magánszektorra való áthárítására fókuszáltak, manapság azonban az egészségügyi ellátás iránti igény csökkentését célozzák a megelőzés és a tájékoztatás révén, illetve az ellátás jobb koordinációjának elősegítésével. A fejezet feltárja a gyors költségcsökkentés és a hosszú távú hatékonyságnövelés közötti kockázatokat és trade-off-okat.

1. Bevezetés

Az 1. fejezetben bemutatott következmények jelzik az egészségügyi ellátórendszerekre háruló erős és kimeríthetetlen nyomást. Ugyanakkor az 1. fejezet jelentős teljesítménytartalékok bizonyítékát tárta fel, amelyekből leszűrhető, hogy az egyes országok egészségügyi kiadásai között meglévő jelentős különbségek nem korrelálnak az egészségnyeresség szempontjából érzékelhető eredményekkel. Ezért ebben a fejezetben részletesen megvizsgáljuk egyrészt az egészségügyi kiadások korlátozását célzó, másrészt a szűkös kapacitásokból eredő problémákat – az erőforrások hatékonyabb alkalmazásával – enyhítő politikákat. E vizsgálatra a valaha számon tartott egyik legmélyebb recesszió idején kerül sor. A pénzügyi helyzet számos országban súlyossá vált. Az OECD-országok jelenleg sokkal nagyobb figyelmet fordítanak a fenntarthatósági kérdésekre: hogyan lehet felkészülni az egészségügyi kiadásokban várható csökkentésekre, és hogyan segíthető elő az egészségügyi ellátórendszerek hatékonysága és hatásossága úgy, hogy továbbra is folyamatosan biztosítani lehessen a minőségi egészségügyi ellátásokhoz való hozzáféréssel összefüggő célkitűzéseket.

A pénzügyi megszorítás, a hatékonyság és hatásosság javítását célzó intézkedésekre vonatkozó vita háttereként az OECD Titkárság felvázolta a reformokat követő kiadások három lehetséges módját (2.1. ábra), amelyek az alkalmazott politikatípusoktól függően szemléltetik az egészségügyi ellátásokra fordított kiadások szintjének időbeli alakulását és azok sikerességét. A pontozott vonal azt mutatja, hogyan alakulna a jelenlegi trend (ha nem érvényesül a reform), míg a folyamatos vonal az egyes forgatókönyvek szerinti tényleges kiadásokat mutatja meg.

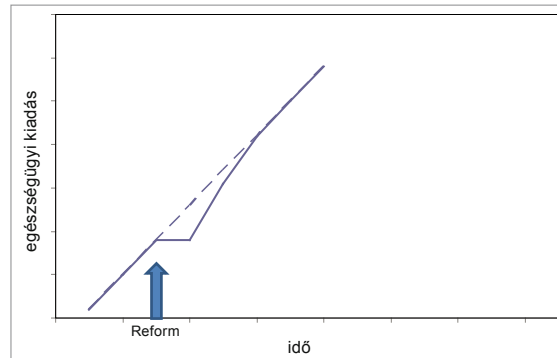
* Forrás: OECD (2010): *Value for Money in Health Spending*. Chapter 2: Policies for Health Care Systems when Money is Tight. OECD Health Policy Studies, OECD, 45–79. [http://books.google.hu/books?id=L2Xb5yMpuCkC&pg=PA43&lpg=PA43&dq=OECD+Health+Policy+Studies:+Value+for+Money+in+Health+Spending,+Chapter+2:+Policies+for+Health+Care+Systems+when+Money+is+Tight,+OECD+2010\)&source=bl&ots=q6A_gBBqRV&sig=p2bC7qAtqu3QUbJOx_x0F3aB9kg&hl=hu&ei=BN9-TsuyCeKu0QXDycDRCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.hu/books?id=L2Xb5yMpuCkC&pg=PA43&lpg=PA43&dq=OECD+Health+Policy+Studies:+Value+for+Money+in+Health+Spending,+Chapter+2:+Policies+for+Health+Care+Systems+when+Money+is+Tight,+OECD+2010)&source=bl&ots=q6A_gBBqRV&sig=p2bC7qAtqu3QUbJOx_x0F3aB9kg&hl=hu&ei=BN9-TsuyCeKu0QXDycDRCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CB0Q6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

- Az első forgatókönyv szerint az feltételezhető, hogy az országok által bevezetett, a kiadások csökkentését célzó politikák átmeneti természetűek (pl. a bérek vagy az árak befagyasztásával, vagy a befektetések elhalasztásával). Ez azt sejteti, hogy viszonylag rövid idő alatt ezek az intézkedések fellazulnak, és a kiadások visszatérnek az eredeti alapvető trendhez.
- A második forgatókönyvben – ugyanezen példa alkalmazásával – a hatóságok képesek az aggregált béreket és árakat alacsonyabb szinten tartani, azonban a növekedési ütemük ugyanaz lesz, mint a politikákban beálló változásokat megelőzően.
- A harmadik forgatókönyv azt tételezi fel, hogy az új politikákba fektető kormányok – például új költségmegtakarító politikák bevezetésével a hosszú távú kiadásnövekedés csökkentése érdekében – a kezdeti időszakban esetlegesen növelhetik a kiadásokat, azonban ezt az egészségügyi kiadásnövekedést – annak arányában, hogy milyen mértékben sikerült az egészségügyi rendszer hatékonyságát és hatásosságát növelni – határozott csökkenés követheti.

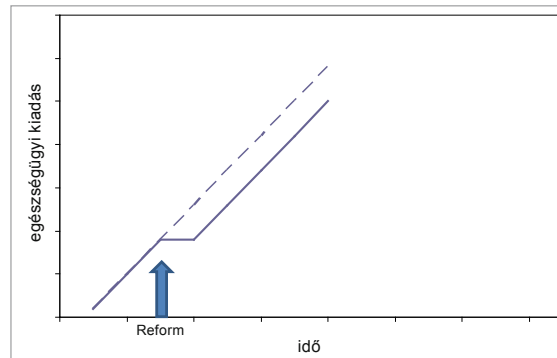
Az első két forgatókönyv hatással van az egészségügyi kiadások szintjére, aminek mértéke függ a fenntarthatóságuktól. Feltételezhető, hogy az ilyen típusú politikák a leggyakoribbak, és részben ez a magyarázata annak, hogy a kiadások kontrollálása miért is olyan nehéz. A jelenlegi helyzetben az országoknak a harmadik forgatókönyv irányába kellene elmozdulniuk – amelyet néha a költséggörbe meghajlításaként aposztrofálunk. E politikák az egészségpolitikusok számára nyilvánvalóan a legvonzóbb célok, hiszen az egészségügyi kiadások lassúbb növekedését vetítik előre (Schoen 2007; Shortell 2009). Ezt a forgatókönyvet azonban a legnehezebb valóra váltani, legalább négy ok miatt.

- Amint azt az 1. fejezetben megvitattuk, az idősödő népesség és a növekvő elvárások kikényszerítik az egészségügyi ellátási költségek növekedését.
- Az emelkedő egészségügyi ellátási költségek nagymértékben a technológiai változások eredményei. Egy lassabban növekvő pálya felé való elmozdulás azt is jelentheti, hogy korlátozzuk az új orvosi technológia bevezetését és/vagy alkalmazását, vagy (és jobban) biztosítjuk, hogy a költségcsökkentő technológiákat kifejlesztőket megfelelően jutalmazzuk.¹

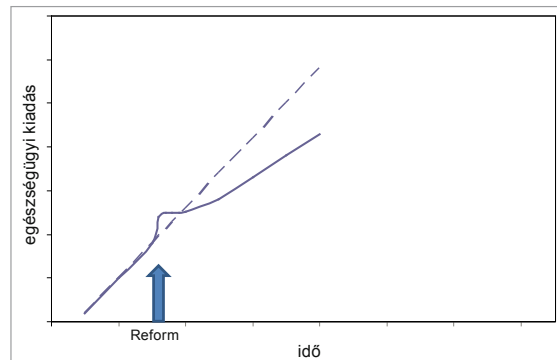
¹ Newhouse (1992) becslése szerint a kiadások növekedésének fele az Egyesült Államokban a technológiával függ össze, amelyet a Kongresszusi Költségvetési Iroda (Congressional Budget Office kutatása megerősít (CBO 2008). Ugyanakkor az Egyesült Államok legutóbbi becslései azt sugallják, hogy a technológia a teljes egészségügyi kiadásnövekedés mindössze negyedét-felét magyarázhatja (Smith et al. 2009).



1. forgatókönyv – rövid távú költségmegtartás



2. forgatókönyv – Hosszabb távú költségmegtartás



3. forgatókönyv – A költséggörbe meghajlítása

Forrás: OECD Titkárság; adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319668>

2.1. ábra: Az egészségügyi kiadások forgatókönyve: a reformok lehetséges hatásai

- Amíg a betegek számára nyújtott egészségügyi ellátások, szolgáltatások zöme jelentős támogatást élvez (ha a nyújtás időpontjában nem is ingyenes), addig a kormányok feladata az, hogy az egészségügyi ellátásokkal, szolgáltatásokkal szembeni túlzott igényt és túlkínálatot elkerülő megfelelő ösztönzőket megtalálják.
- A kormányoknak el kell érniük az egészségügyi ellátórendszer termelési hatékonyságának folyamatos növekedését.

A fejezet további részében azokat a kulcsfontosságú politikákat vizsgáljuk meg, amelyek az OECD-országok egészségügyi kormányzatainak segítséget tudnak nyújtani e nehézségek kezelésében. E politikák osztályozásának nincs egyszerű módja. Az egészségpolitikák múltbeli vizsgálatai a korábbi évtizedek egészségügyi reformjainak négy fő szakaszát azonosították (Mossailos és Le Grand 1999; Docteur és Oxley 2004).

Egy hatékonyabb egészségügyi ellátórendszer iránti igény kielégítése érdekében a hatóságok kezdetben az egészségügyi ellátórendszer inputjai árának és mennyiségének a korlátozására összpontosítottak. Ezt követően mozdultak el az egészségügyi szolgáltatók számára rendelkezésre álló pénzügyi erőforrások korlátozását célzó intézkedések – például a szolgáltatók költségvetésének limitálása – felé. Végül a betegek által fizetett egészségügyi kiadások arányát – például az önrészfizetés megnövelésével vagy az alapvető társadalombiztosítási csomag által lefedett szolgáltatások szűkítésével – megnövelték. E politikák – bár gyakran viták célpontjai – bevezetése technikailag könnyen ment, és széles körben elterjedtek.

A politikák térhódítását követően az országok elmozdultak az ellátásnyújtásban a mikrohatékonyság felé – azt célozva, hogy a meglévő erőforrásokat a vásárlók, a szolgáltatók és a betegek számára jobb ösztönzőkkel jobban hasznosítsák. E politikák azonban az egészségügyi ellátórendszer sokkal mélyebb reformját követelik meg, amelyek heves vitákat váltottak ki, és kísérletekhez vezettek a reformok teljes bevezetése előtt.

A következőkben bemutatásra kerülő politikákat a fenti megközelítés szerint tárgyaljuk. Ugyanakkor abból a szempontból is vizsgálódunk, hogy – az OECD Titkárság megítélése szerint – alapvetően az egészségügyi ellátások, szolgáltatások piacának kínálati oldalára vagy a keresleti oldalára hatnak-e. A tárgyalás e megkülönböztetésen alapul, noha figyelembe kell vennünk a következőket is:

- bizonyos – e fejezetben tárgyalt – politikák különböző módon, de egyszerre befolyásolhatják a piac keresleti és kínálati oldalát;
- egy adott országban alkalmazott bármely specifikus politika hatása a szabályozási és intézményi környezettől függ;²
- végül pedig a politikák gyakran kiegészítik egymást. Bizonyos politikákat mások megerősítenek, és szá-

² Például az egészségügyi szakemberek kínálatának közvetlen ellenőrzését célzó politikák nehezen valósulhatnak meg, ha a szolgáltatókkal kapcsolatos szabályozási ellenőrzés decentralizált.

mos politika együttes, átfogó hatása erősebb lehet, mintha azokat egyenként, egymástól elkülönítve alkalmazták volna.³

2. Az egészségpolitikai lehetőségek áttekintése

A politikák összefoglalását, azok kiadásokra gyakorolt hatását és más egészségpolitikai célkitűzésekkel kapcsolatos trade-off-okat a 2.1. táblázatban mutatjuk be, amely a rendelkezésre álló szakirodalom és az OECD Titkárság közelmúltban elvégzett kutatása és megállapításai alapján meglehetősen elnagyolt képet nyújt. Az egyes politikák számos nézőpontból vizsgálhatók:

- a politikai hatás valószínű iránya és mérete (lásd a 2.1. táblázat „Erősség” oszlopa);
- az a sebesség, amellyel a politikák bevezethetők: a politikai döntés és a végrehajtás hatásának jelentkezése között késedelem lehet, és előre nem látható negatív hatások léphetnek fel, ahogy a piacok újra megerősödhetnek (lásd a 2.1. táblázat „Hatás-késedelem” oszlopa). Ebben a kontextusban az egyik fontos kérdés az a kísértés, hogy a politikaalkotók rövid távú megoldásokat alkalmazzanak, amelyek – ha túl sokáig fennmaradnak – negatív hatást gyakorolhatnak az egészségügyi rendszer teljesítményére;
- más egészségügyi ellátási célkitűzésre – például hozzáférés, ellátás minősége, hatékonyság és hatásosság – gyakorolt bármely lehetséges „túlcsoportulási” hatás (lásd a 2.1. táblázat „Célkitűzések és trade-off-ok” főoszlopa).

A 2.1. táblázatban az egészségpolitikák széles tárháza jelenik meg, és nincs mód ezek mindegyikének kellő részletességű megtárgyalására. Részletesebb vizsgálat történt azonban néhány területen, amelyek különösen ígéretesnek bizonyulnak (lásd e kötet egyes fejezeteit).

³ Például a szolgáltatói piacot célzó nagyobb piaci verseny bevezetése megerősítést nyerhet, ha léteznek olyan politikák, amelyek az árakra és a minőségre vonatkozó jobb tájékoztatást, valamint a szelektív szerződés lehetőségét biztosítják.

2.1. táblázat: A kiadások korlátozását célzó politikák a költségvetési megszorítás időszakában

Jellemzők, hatások és trade-off-ok	Kiadásokra gyakorolt hatás		Célkitűzésekre gyakorolt hatás és trade-off-ok			
	Erősség	Hatás-késedelem	Pénzügyi védelem, ellátáshoz való hozzáférés	Az ellátás minősége	Reagáló-képesség	Technikai-hatékonyság
A) A kiadások visszafogását célzó makrogazdasági politikák						
A1. Bér- és árszabályozás (munka)	magas	rövid	nincs	nincs/negatív	negatív	pozitív
A2. Bér- és árszabályozás (orvosi anyagok)	magas	rövid	nincs	negatív	negatív	pozitív
A3. Az input mennyiségének kontrollálása (munka)	magas	közepes	nincs/negatív	negatív	negatív	pozitív
(tőkebefektetés)	magas	rövid	nincs/negatív	negatív	negatív	pozitív
A4. Más input mennyiségének kontrollja (magas technológia, gyógyszerek)	közepes	rövid	negatív	negatív	negatív	pozitív/
A5. Költségvetési korlátok (szektorális és globális)	magas	rövid	negatív	negatív	negatív	negatív
A6. A költségek magánszektorra való terhelése (a felhasználók által viselt költségek növelés)	közepes	közepes	negatív	pozitív/negatív	pozitív/negatív	pozitív
B) A hatékonyság növelését célzó mikrogazdasági politikák						
B1. Keresleti oldal						
B1. Betegségmegelőzés és egészségmegőrzés	alacsony/közepes	hosszú	pozitív	pozitív	nincs	pozitív
B2. Kapuőri funkció/priorizálás	alacsony	hosszú	pozitív	pozitív	pozitív/negatív	pozitív
B3. Ellátáskoordináció, integrált ellátás/Önellátás	közepes	hosszú	pozitív	pozitív	pozitív/negatív	pozitív/negatív
B4. Jobb beteg-orvos kapcsolat	alacsony	közepes	nincs/pozitív	pozitív	nincs/pozitív	pozitív/negatív

folytatódik

Jellemzők, hatások és trade-off-ok	Kiadásokra gyakorolt hatás		Célkitűzésekre gyakorolt hatás és trade-off-ok			
	Erősség	Hatás-késedelem	Pénzügyi védelem, ellátáshoz való hozzáférés	Az ellátás minősége	Reagáló-képesség	Technikai-hatékony-ság
<i>B5. Az alapellátás orvosához való hozzáférés nem rendelési időben (a kórházi sürgősségi ellátásról levéve ezzel a terhet)</i>	közepes	hosszú	pozitív	pozitív	pozitív	pozitív
B2. Kínálati oldal						
<i>B6. A kórháztól a járóbeteg-ellátás felé való további elmozdulás</i>	közepesen magas	hosszú	negatív	pozitív/negatív	negatív	pozitív
<i>B7. Az egészségügyi szolgáltatásvásárlók szerepének erősítése</i>	közepes	hosszú	pozitív/negatív	pozitív	pozitív/negatív	pozitív
<i>B8. A kórházi szerződéses/vásárlói/finanszírozási rendszerek javítása</i>	közepes	hosszú	nincs	pozitív/negatív	pozitív/negatív	pozitív
<i>B9. A menedzseri önállóság növelése</i>	alacsony	hosszú	nem ismert	pozitív	pozitív/negatív	pozitív
<i>B10. A szolgáltatásfinanszírozási módszerek/kórházi ösztönzők javítása</i>	közepes	hosszú	pozitív	pozitív	pozitív/negatív	pozitív
<i>B11. A technológiai változások és az orvosi javak árainak szabályozása</i>	közepes/alacsony	hosszú	pozitív/negatív	pozitív/negatív	pozitív/negatív	pozitív
<i>B12. Az IT eszközök információátadást célzó elterjedtebb alkalmazása</i>	közepes/alacsony	hosszú	pozitív/negatív	pozitív	pozitív/negatív	pozitív/negatív

Megjegyzés: Az OECD Titkárság és a szakirodalom által a politikák korábbi értékelése alapján készült.

Az 1. oszlop a reformpolitikát, a következő két oszlop azok kiadásra gyakorolt lehetséges hatásait tükrözi, figyelembe véve a hatás és a végrehajtási késedelem lehetséges méretét. Az utolsó négy oszlop e politikák egészségügyi célokra gyakorolt bizonyos hatásait emeli ki, olyan területeket feltételezve, amelyekben a politikák közötti trade-off-ok felmerülhetnek. A pozitív hatás jelzi a jelzett politikai cél valószínűsíthetően jobb eredményét, míg a pozitív/negatív azt jelenti, hogy a politika okozhat pozitív vagy negatív hatást, a meghatározó intézményi környezettől és az adott politika bevezetésének módjától függően.

Az OECD létrehozott egy átfogó adatbázist, amely az egészségügyi ellátás eredményére (pl. egészségi állapot és az ellátás minősége), az egészségügyi ellátás inputjaira (kiadás, egészségügyi szakemberek és eszközök) és folyamataira (konzultációk száma, a bentartózkodás átlagos hossza stb.) vonatkozó adatokat tartalmaz, azonban az egészségpolitikák és az intézmények hatására utaló adatok többnyire hiányoznak. Ez

a jelentés az OECD Titkárság közelmúltban elvégzett munkájára alapoz, amely – nagymértékben – segített e hiány betöltésében. Az egészségpolitikákra, intézményekre és szabályozásra vonatkozó információk javulása – amelyeket másutt számos összefoglaló táblázatban bemutattunk – most lehetővé teszi a különböző országokban alkalmazott politikák valószínű hatásának az elemzését (Paris et al. 2010).⁴

Ebben fejezetben először a különböző kínálati oldali politikákat tekintjük át, majd a keresleti oldal politikáit vizsgáljuk meg, amelyek a múltban gyakran az ellátás iránti igénnyel összefüggő önrészfizetés különböző formáinak hatásaira korlátozódtak. Mindazonáltal egyre nagyobb érdeklődés kíséri azokat a területeket, amelyeken az informált beteg fontosabb szereplővé válhat; ily módon az egészségügyi ellátás iránti igények jobb kontrollálása lehetővé teszi a hatékonyság javítását.

3. A kiadások megfékezését és a hatékonyság növelését célzó kínálati oldali politikák

Amint azt megjegyeztük, a kiadásnövekedés megfékezését szolgáló politikák először az egészségügyi ellátások nyújtásával összefüggő munka- és tőkeigény mennyiségét és árát kísérelték meg megfékezni, amit a teljes egészségügyi szektorra vagy bizonyos alszektorokra – így például a kórházakra – vonatkozó költségvetési korlátok alkalmazása követett.

Az 1960-as és 1970-es évek a kínálat gyors növekedését mutatták a járó- és fekvőbeteg-ellátásban egyaránt. A technológiai változással és a betegségteher eltolódásával a fekvőbeteg-ellátás iránti igény csökkent, míg a járóbeteg-környezetben nyújtható kezelés iránti igény – és lehetőség is – nőtt. Az új gyógyszerek fontos szerepet játszanak ebben az elmozdulásban: a gyógyszerekre fordított kiadások az egészségügyi kiadásokban egyre növekvő arányt képviselnek. Ugyanakkor e változásnak a teljes egészségügyi szektor hatékonyságát befolyásoló nettó hatása pozitívnak tűnik, mivel a betegek képessé váltak a kevésbé költséges egészségügyi megoldások felé elmozdulni.

Míg az orvosok és nővérek számának a lakossághoz viszonyított aránya az elmúlt 30 évben növekedett az OECD-országokban, ez a növekedés az utolsó pár évtizedben lassult (2.2. és 2.3. táblázat). A lassulás részben a politikusok és elemzők abbéli szemléletét tükrözi, hogy az orvosok növekvő száma fokozhatja az ellátás iránti magasabb igényt és az egészségügyi ellátásokra fordított kiadások magasabb szintjét, különösen abban az esetben, ha az orvosokat a fee-for-service (szolgáltatások utáni díjtételek, FFS) módszere alapján díjazták. Ezen általános növekedési tendencia dacára az országok közötti eltérés az orvossűrűségben jelentős maradt (2.2. ábra). Ugyanabban az időszakban hasonló kép figyelhető meg a nővérek esetében is.

A kórházi ellátás kínálatra vonatkozóan eleinte bizonyos késés volt megfigyelhető a morbiditás elmozdu-

⁴ Ezt a szövegben Paris et al. 2010 jelzéssel jelenítettük meg. A politikai és az intézményi indikátorok kialakításának részletei a jelzett dokumentumban találhatók.

lásában a krónikus betegségek felé, illetve a járóbeteg-ellátás irányába.⁵ Mindazonáltal az elmúlt két évtized során a kormányok megpróbálták csökkenteni az egy főre jutó magas költségű akut kórházi ágyak számát. Az akut ellátás nagyobb kórházi osztályokba telepítése szintén megfigyelhető volt abból a célból, hogy elérjék a méretgazdaságosságot. Ez a politika valószínűleg korlátozza a közkiadások általános túllépésének kockázatát, tekintettel arra, hogy kevesebb üres ágy van, amit be lehet tölteni. Ugyanakkor azonban a kormányok szigorúbb korlátozásokat vezettek be az új kórházakat célzó tőkekiadások esetében, a meglévő kínálat további átalakításától gyakran függővé téve ezeket. Ezen elmozdulások ellenére néhány ország még mindig a fekvőbeteg-ellátásban megfigyelhető egyensúlytalansággal küzd.⁶

2.2. táblázat: Az 1000 főre jutó orvosok számának alakulása, 1980–2008

Ország	Az 1000 főre jutó praktizáló orvosok száma				Átlagos éves növekedési ráta (%)		
	1980 ³	1990 ⁴	2000 ⁵	2008 ⁶	1980–1990	1990–2000	2000–2008
Ausztrália	1,9	2,2	2,5	3,0	1,6	1,3	2,7
Ausztria	2,2	3,0	3,9	4,6	3,1	2,5	2,2
Belgium	2,3	3,3	3,9	3,0	3,5	1,7	-3,2
Chile							
Cseh Köztársaság	2,3	2,7	3,4	3,6	1,8	2,2	0,8
Dánia	1,8	2,5	2,9	3,4	3,5	1,6	2,3
Egyesült Államok			2,3	2,4			0,7
Egyesült Királyság	1,3	1,6	2,0	2,6	2,1	1,9	3,6
Észtország	3,6	3,5	3,3	3,4	-0,3	-0,7	0,3
Finnország			2,5	2,7			1,1
Franciaország ¹		3,1	3,3	3,3		0,7	0,2
Görögország ¹	2,4	3,4	4,3	6,0	3,4	2,5	4,2
Hollandia ²	1,9	2,5	3,1	3,7	2,8	2,1	2,7
Írország ²		1,6	2,2	3,2		3,7	4,8
Izland	2,1	2,9	3,4	3,7	2,9	1,9	1,0
Izrael*			3,5	3,6			0,2

folytatódik

⁵ A politikai gazdasági tényezők a kórházi kínálat bizonyos növekedésének alapját képezik. Számos országban komoly politikai nyomás volt tapasztalható a városi és önkormányzati kórházakban a helyi szintű hozzáférés és munka biztosítása érdekében. E kórházak szintén fontos munkáltatók voltak. Továbbá erőteljes pénzügyi ösztönzést jelentett, hogy a megnövelt kapacitásokat célzó befektetéseket gyakran a kormány vagy intézmények más szintjei finanszírozták.

⁶ Paris és mások (2010) azt találták, hogy 16 ország jelentett nem akut ágyhiányt, és öt országban a betegek akut ellátás esetén gyakran tapasztaltak meghosszabbított kórházi tartózkodást, a megfelelő utókezelésre várva.

Ország	Az 1000 főre jutó praktizáló orvosok száma				Átlagos éves növekedési ráta (%)		
	1980 ³	1990 ⁴	2000 ⁵	2008 ⁶	1980–1990	1990–2000	2000–2008
Japán	1,3	1,7	1,9	2,2	2,7	1,6	1,4
Kanada ¹	1,8	2,1	2,1	2,3	1,6	0,0	1,0
Korea	0,5	0,8	1,3	1,9	5,8	4,6	4,6
Lengyelország	1,8	2,2	2,2	2,2	1,8	0,3	–0,3
Luxembourg	1,7	2,0	2,2	2,8	1,6	0,7	4,1
Magyarország	2,3	2,9	2,7	3,1	2,5	–0,9	1,8
Mexikó		1,0	1,6	2,0		5,3	2,6
Németország		2,8	3,3	3,6		1,9	1,1
Norvégia	2,0	2,6	2,8	4,0	2,4	1,0	4,1
Olaszország ²	2,6	4,7	6,1	6,2	6,0	2,6	0,3
Portugália ²	2,0	2,8	3,2	3,7	3,6	1,2	1,8
Spanyolország			3,3	3,6			1,1
Svájc				3,8			
Svédország	2,2	2,6	3,1	3,6	1,6	1,7	3,1
Szlovákia			3,2	3,0			–1,0
Szlovénia			2,2	2,4			1,4
Törökország ¹	0,6	0,9	1,0	1,5	4,0	1,5	4,8
Új-Zéland			2,2	2,5			1,2

* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatják. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

¹ Szakmailag aktív orvosok adata; ² működési engedéllyel praktizáló gyakorló orvosok adata; ³ Korea esetében 1981-es adat; ⁴ Németország és Norvégia esetében 1991-es adat; ⁵ Norvégia esetében 1999-es adat; ⁶ 2007. évi adatok Ausztrália, Dánia, Luxembourg és Hollandia és 2005. évi adatok Szlovákia és Svédország esetében.

Forrás: OECD 2010a; adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319706>

2.3. táblázat: Az 1000 főre jutó nővérek számának alakulása, 1980–2008

Ország	Az 1000 főre jutó betegellátásban dolgozó nővérek száma				Átlagos éves növekedési ráta, %		
	1980 ^a	1990 ^b	2000 ^c	2008 ^d	1980–1990	1990–2000	2000–2008
Ausztrália	10,3	11,6	10,0	10,1	1,2	–1,5	0,1
Ausztria			7,2	7,5			0,6
Belgium							
Chile							
Cseh Köztársaság	5,9	7,2	7,6	8,1	2,0	0,5	0,8
Dánia			12,4	14,3			2,1
Egyesült Államok ¹			10,2	10,8			0,7
Egyesült Királyság			8,7	9,5			1,2
Észtország	7,3	7,5	6,0	6,4	0,2	–2,2	0,9
Finnország			13,8	15,5			1,6
Franciaország ¹			6,7	7,9			2,2
Görögország ¹	1,9		2,9	3,4			2,1
Hollandia			9,6	10,5			1,3
Írország			14,0	16,2			1,8
Izland	8,9	12,5	13,3	14,8	3,5	0,6	1,4
Izrael*			5,4	5,1			–0,6
Japán			8,4	9,5			2,2
Kanada ¹	9,6	11,1	10,1	9,2	1,5	–0,9	–1,2
Korea			3,0	4,4			4,9
Lengyelország	4,4	5,5	5,0	5,2	2,2	–1,0	0,6
Luxembourg			7,4	10,9			6,8
Magyarország		5,2	5,3	6,2		0,2	1,9
Mexikó		1,8	2,2	2,4		2,5	0,8
Németország			9,6	10,7			1,4
Norvégia			12,1	14,0			2,4
Olaszország ²			5,6	6,3			1,5
Portugália ¹			3,7	5,3			4,8
Spanyolország			3,6	4,8			3,7

folytatódik

Ország	Az 1000 főre jutó betegellátásban dolgozó nővérek száma				Átlagos éves növekedési ráta, %		
	1980 ^a	1990 ^b	2000 ^c	2008 ^d	1980–1990	1990–2000	2000–2008
Svájc			12,9	14,9			1,9
Svédország	6,9	8,7	9,9	10,8	1,9	1,4	1,5
Szlovákia ¹			7,4	6,3			–2,1
Szlovénia			6,9	7,9			1,8
Törökország ¹				1,3			
Új-Zéland				9,7			

* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatták. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

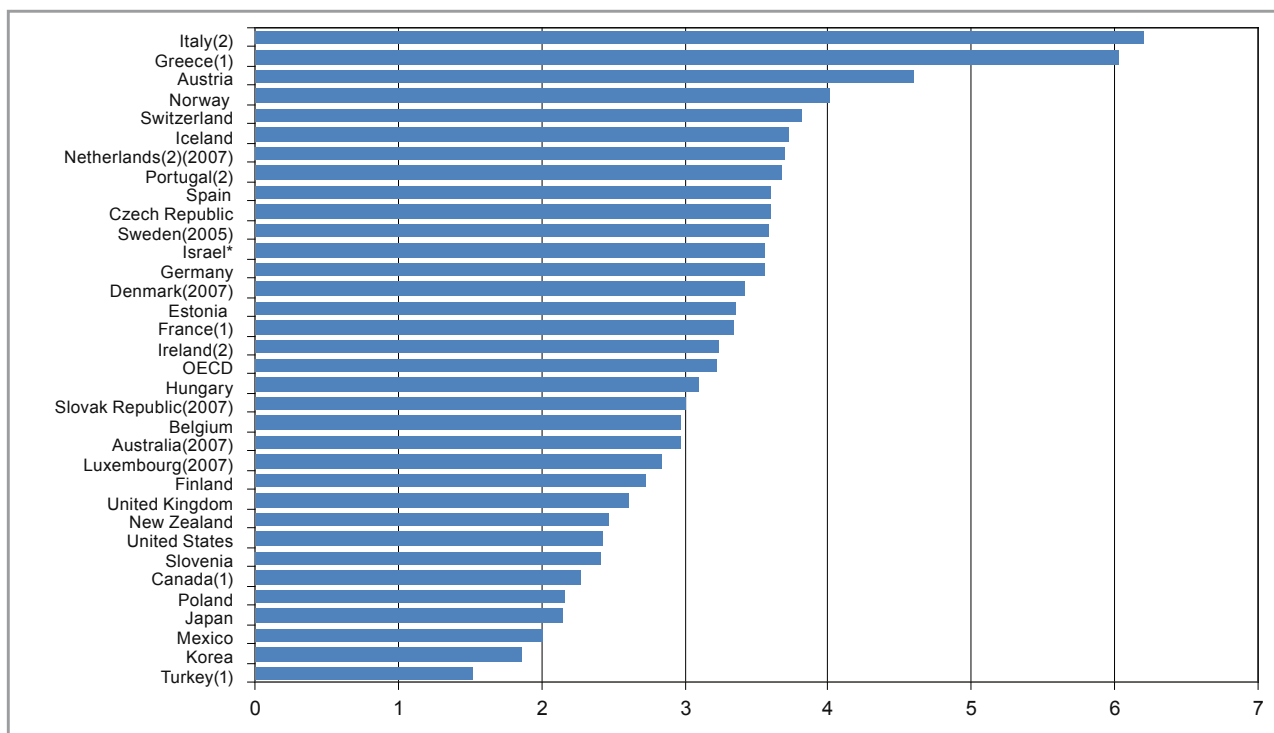
^a Görögország és Spanyolország esetében 1979-es adat; ^b Svédország esetében 1991-es adat; ^c Japán és Norvégia esetében 2002-es adat.

¹ Szakmailag aktív nővérekre vonatkozó adat; ² működési engedéllyel dolgozó gyakorló nővérekre vonatkozó adat.

Forrás: OECD 2010a; adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319725>

Az országok közötti eltérések és a hatékonyságnövelés lehetősége

A változások ellenére továbbra is jelentős eltérések mutatkoznak az országok között az egy főre jutó orvosok, az egyéb egészségügyi szakemberek, illetve az ágyak számában. Például egyes országok – mint például Görögország vagy Olaszország – túlzottan is az orvosokra hagyatkoznak, miközben Írországból a nővérekből túlkínálat figyelhető meg (2.2. ábra). Az egy főre jutó akut ágyak száma néhány országban azt jelzi, hogy további kiigazításokra van lehetőség (így pl. Ausztriában, Németországban, Magyarországon, Japánban, Csehországban és Szlovákiában), bár néhány esetben az ágyszámban meglévő különbségek az akut és a tartós ápolási-gondozási ágyak megkülönböztetésének a nehézségeit tükrözik (2.3. ábra) (Journard et al. 2008). Szintén jelentős eltérés figyelhető meg a nővérek és az orvosok közötti arányban (Írországból több mint 6, míg Görögországból 0,6) (2.4. ábra).

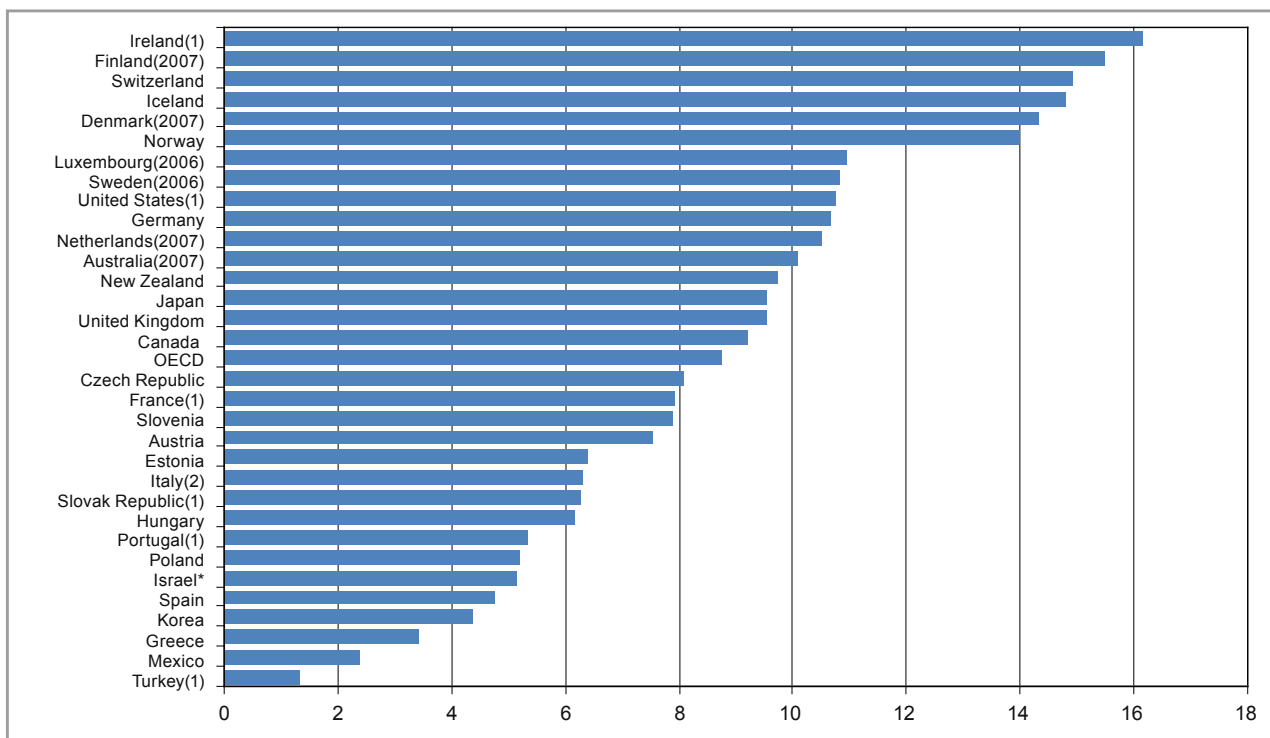


(1) Szakmailag aktív orvosokra vonatkozó adat; (2) működési engedéllyel praktizáló gyakorló orvosokra vonatkozó adat.

* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatták. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

Forrás: OECD 2010a.

2.2. ábra: Az 1000 főre jutó egészségügyi szakemberek száma, 2008
A) Az 1000 főre jutó dolgozó orvosok száma, 2008 (vagy a legközelebbi év)

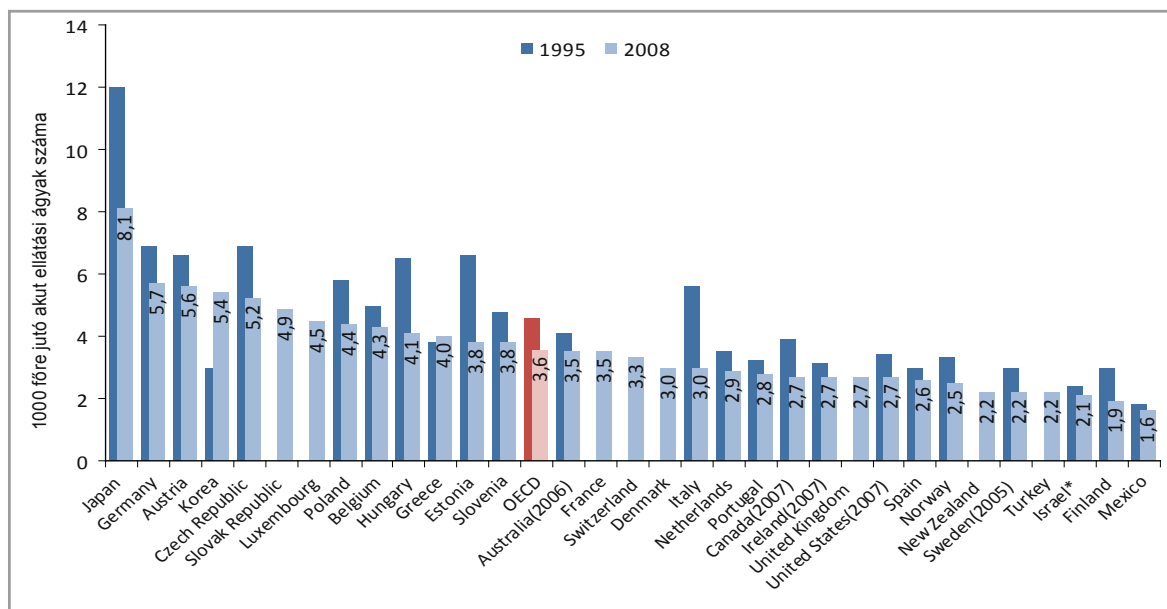


(1) Szakmailag aktív orvosokra vonatkozó adat; (2) működési engedéllyel praktizáló gyakorló orvosokra vonatkozó adat.

* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatták. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

Forrás: OECD (2010a); adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319307>.

2.2. ábra: Az 1000 főre jutó egészségügyi szakemberek száma, 2008
B) Az 1000 főre jutó dolgozó nővérek száma, 2008 (vagy a legközelebbi év)



* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatták. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

Forrás: OECD 2010a; adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319326>.

2.3. ábra: Az 1000 főre jutó akut ellátási ágyak száma, 1995–2008

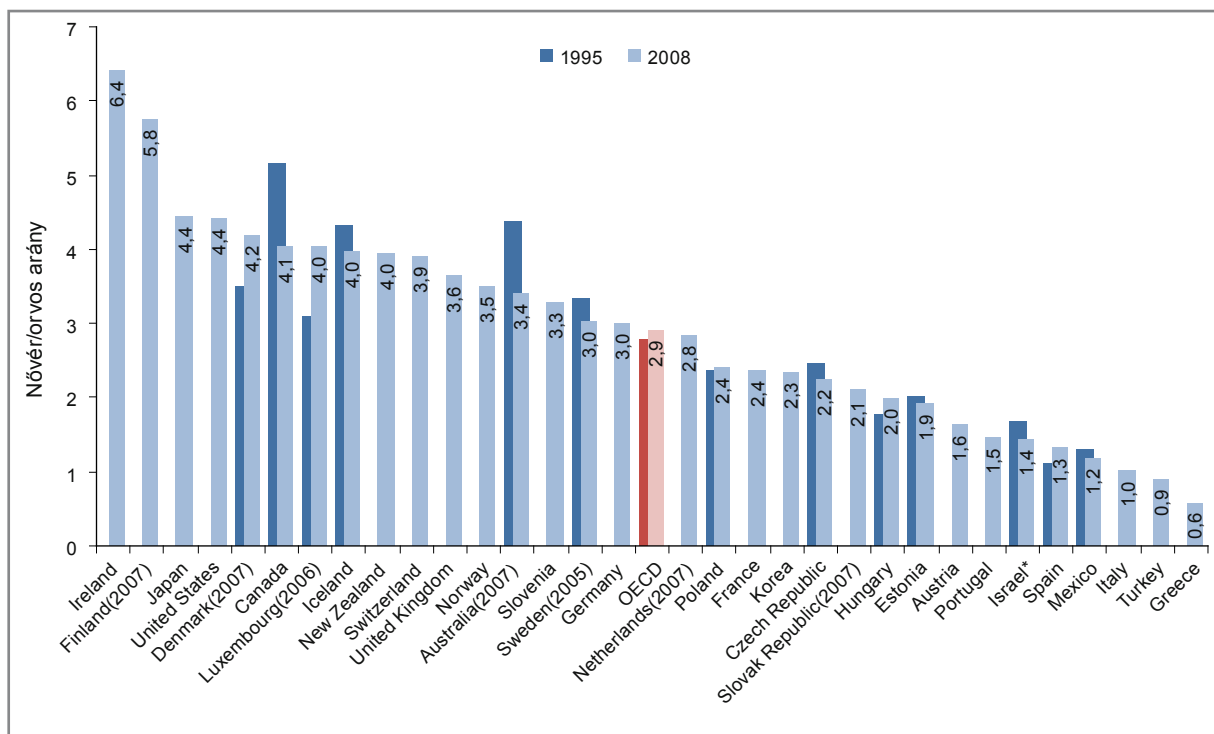
Az adatokból látható különbségek azt mutatják, hogy az egészségügyi ellátás számos módon is megszervezhető úgy, hogy jobban ösztönözze az egészségügyi ellátórendszer nagyobb hatékonyságát: a teljes szolgáltatói kínálat csökkentésével érhető el azokban az országokban, amelyekben túlkínálat figyelhető meg, vagy ahol az orvosi szakmák különböző típusaiban szükséges képességek, készségek jobban csoportosíthatók (pl. több nővér alkalmazása az orvoshiányos területeken). A hatékonyságnyereséget az a bizonyíték is alátámasztja, hogy az egy egészségügyi szakemberre jutó egészségnyereség az OECD-országokban igen komoly eltérést mutat, még az egészségi állapot más meghatározóinak figyelembevételét követően is. Ez igazolható azzal a ténnyel, hogy az egészségügyi szakemberek produktivitása (technikai hatékonysága) magasabb azokban az országokban, ahol a kínálatot visszafogták (Joumard et al. 2008).

Az egészségügyi ellátás inputjai kínálatának a szabályozása

Az orvosi szaktudás-összetétel megfelelő szintű meglétének és eloszlásának elérése érdekében a teljes mértékű piacra hagyatkozás nem lehetséges az egészségügyi szektorban meglévő piaci kudarcok számottevő mértéke miatt (Smith 2009). Ennek következtében a kormányok jelentős ellenőrzést gyakorolnak az olyan inputok kínálatára fölött, mint a munkaerő, az eszközök/tőkerészciklus és a gyógyszerkiadások. Az egészség-

ügyi munkaerő esetében az orvostanhallgatókra vonatkozó kvóták alkalmazása az orvosok számának ellenőrzésében alkalmazott leggyakoribb módszer, és ezek a korlátozások három ország kivételével (Luxemburg, Csehország és Japán) minden országban léteznek (2.4. táblázat). Ennek ellenére az egy főre jutó egészségügyi munkaerő szintje és az akut ellátási ágyak száma nagy eltéréseket mutat az országok között. A szabályozás mértéke és az az adminisztratív szint, ahol a döntések megszületnek, szintén komoly különbségeket hordoznak az egyes országokban.

Léteznek olyan hosszú távú kínálati problémák, amelyeket figyelembe kell venni, amikor az orvosi személyzet csökkentett számával a költségvetési megszorításokhoz való lehetséges hozzájárulást értékeljük. Először is: azon országok kormányai, ahol az egészségügyi szolgáltatók sűrűsége alacsony, valószínűleg rossz döntést hoznának, ha ezt tovább mérsékelnék, míg a csökkentésből eredő mindenfajta hatékonyságnyerés csak azokban az országokban várható, amelyekben az inputok már most is bőségesek.



* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatották. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

Forrás: OECD 2010a.

2.4. ábra: A nővérek orvosokhoz viszonyított aránya, 1995 és 2008

2.4. táblázat: Az orvosi munkaerő szabályozása

Orvostanhallgatók vagy szakorvosi képzésben részt vevő hallgatók kvótája	A praxis helyét meghatározó szabályozásra, az észlelt hiányok és az egyenlőtlen eloszlás kezelésére vonatkozó politika	Ország
Nem	Nem	Luxemburg
Nem	Igen	Csehország, Japán
Igen	Igen	Ausztrália, Ausztria, Belgium, Dánia, Egyesült Királyság, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Írország, Izland, Kanada, Korea, Lengyelország, Magyarország, Mexikó, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovákia, Törökország, Új-Zéland

Forrás: Paris et al. 2010.

Másodszor: a specializáció növekedett, és mára már egy általános orvosra átlagosan két szakorvos jut az OECD-országokban (OECD 2009). Ez néhány országban összefüggést mutat az alapellátásban működő orvosok egyre növekvő hiányával, ami valószínűleg azt a tényt tükrözi, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok jövedelme a szakorvosokéhoz képest minden országban alacsonyabb, esetenként jelentősen kevesebb.⁷ Ez a probléma még észrevehetőbb a vidéki és a szociálisan hátrányos területeken, ami néhány országot arra késztet, hogy az általános orvoslást szakorvosi képesítésként kezeljék, hogy az orvostanhallgatók számára vonzóvá tegyék azt (Írország), gyakran egy sokkal megfelelőbb alapellátási környezet biztosítására való törekvés keretében (lásd alább). Ez azonban megköveteli a hagyományos szakorvosok finanszírozási módसरének az átgondolását is. A nővérekből szintén hiány mutatkozik az országok egy részében (vö. 2.2. ábra és 2.3. táblázat).

Végül az egészségügyi szakemberek iránti kereslet valószínűleg fokozódni fog. Az orvosi személyzet átlagosan kevesebb munkaórát dolgozik majd a jövőben, ezzel is csökkentve a szolgáltatások aggregált kínálatát.⁸ Továbbá a népesség és a munkaerő általános idősödése a legtöbb országban aggodalmakra ad okot, különösen amiatt, hogy az egészségügyi szakemberek várhatóan számottevő arányban lépnek ki a munka-

⁷ Például a házi orvosok fizetése kevesebb mint fele a szakorvosokénak Ausztráliában, Belgiumban és Hollandiában.

⁸ Az egészségügyi munkaerő egyre erősödő elnőiesedése egyike ezen tényezőknek, mivel az orvosnők általában a férfi orvosoknál rövidebb időben dolgoznak. A szabályozási változások – így például a munkaidőre vonatkozó európai uniós irányelv, amely korlátozza az Európai Unióban a kórházban ledolgozható munkaórák számát – szintén hozzájárultak ehhez.

erőpiacról, és a háborút követő fellendülő születésszámú (baby-boom) generáció nyugdíjba vonul. A kínálat várhatóan csökkenni fog, míg a népesség idősödésével összefüggő szükségletek növekedésnek indulnak (pl. Franciaország).

Az orvosi munkaerő-helyzet kezelésében kulcsprobléma az a hosszú időkülönbség, ami a szükségletekben megjelenő növekedés és a képzett orvosi személyzet kínálatában beálló változás között figyelhető meg, különösen azokban az országokban, ahol az orvosi képzés több mint tíz évet is igénybe vehet (leginkább a szakorvosok körében). Az orvostanhallgatók esetében megszabott kvóták valószínűleg a legelterjedtebb szabályozási eszközként maradnak meg az orvosi személyzet átfogó kínálatának ellenőrzésében. Közben az egészségügyi képzésbe belépő új hallgatók száma a közelmúltban számos országban nőtt, ez nem okozott semmiféle növekedést a kínálatban. Az orvosok és nővérek kínálatában megjelenő rövid távú hiányt részben gyakran az orvosi migráció okozza (OECD 2008a). A legtöbb ország számára mégsem fenntartható hosszú távú politika, és nem kevésbé azért, mert a problémát a nem OECD-országokra hárítják át, ahol az egészségügyi ellátási kínálat hiánya még sokkal nagyobb fokú.

Így a képzett egészségügyi szakemberek megfelelő kínálatának hosszú távú fenntartására összpontosító jobb humánerőforrás-tervezési politikák elengedhetetlenek, ha az egészségügyi szakemberek kínálati problémáit el kívánjuk kerülni (OECD 2008a). Az ilyen problémák az egészségpolitikai változás jelentős korlátjai lehetnek. Például Kanadában és az Egyesült Királyságban az egészségügyi költségvetések – egy hosszú ideig tartó megszorítást követően – növekedtek az 1990-es években, de mint Dániában is, a korlátozott számú orvos és nővér miatt problémát okozott az egészségügyi szolgáltatások kínálatának növelése. Az egészségügyi szakemberek csökkentett kínálata együtt járt a bérük növelésére irányuló nyomásgyakorlással. Így a makrofinanszírozási megszorítás enyhítése inkább hozzájárult az egészségügyi szakemberek béreinek növeléséhez, mint az egészségügyi szolgáltatások kínálatának remélt bővüléséhez (lásd alább) (Rapoport et al. 2009).

A növekvő képzés és migráció nem az egyetlen politikai intézkedés, amelyik bevezethető. A kínálati akadályokat könnyíteni lehet (1) a munkaerő-megtartás javításával (különösen a jobb munkerő-szervezési és menedzsmentpolitikákkal – főleg a nehezen elérhető vidéki területeken dolgozó orvosok esetében); (2) az egészségügyi munkaerőbe való integrálás elősegítésével (pl. a korábbi nővérek és orvosok visszavonzása az egészségügyi szakterületre a migráns egészségügyi szakemberek külföldi szakképesítésének elismerését és kiegészítését célzó eljárások javításával); (3) hatékonyabb skill-mix kialakításával (pl. a nővérek és az orvosi asszisztensek szerepének fejlesztésével); valamint (4) a hatékonyság javításával (pl. a teljesítményhez kötött díjazáson keresztül).

Bármely makroszintű intézkedés hatása a szabályozási környezettől is függ (2.4. és 2.5. táblázat). Jelentős különbségek vannak az egyes országok között abban, hogy a kórházi személyzet számát milyen mértékben határozzák meg maguk az egyes intézmények, vagy a korlátokat magasabb adminisztratív szinten határozzák-e meg. Ugyanez a helyzet a kórházak, az ágyszámok, valamint a nagy értékű eszközök kínálata és alkalmazása esetében. A kórházakra és a magas technológiájú eszközökre vonatkozó szabályozás minden országban jelen van, kivéve Finnországot, Görögországot, Izlandot, Koreát és Lengyelországot (vö. 2.5.

táblázat). Ugyanakkor megjegyzésre érdemes, hogy azok az országok, amelyekben a munkaerő-felvételben és a díjazás meghatározásában nagyobb a helyi szint autonómiája, ott is szembesülnek megszorításokkal, a költségvetési korlátok (kiadási plafonok) meghatározásán keresztül (lásd 2.8. táblázat).

2.5. táblázat: A kórházak, a high-tech berendezések és tevékenységek szabályozása

Új kórházak vagy más intézmények megnyitása	Kórházi ágyak kínálatának növekedése/ csökkenése	Speciális típusú kórházi szolgáltatások nyújtása	Magas költségű orvosi eszközök kínálata	Ország
Nem szabályozott	Nem szabályozott	Nem szabályozott	Nem szabályozott	Finnország, Görögország, Izland, Korea, Lengyelország
Nem szabályozott	Nem szabályozott	Nem szabályozott	Szabályozott	Csehország
Nem szabályozott	Nem szabályozott	Szabályozott	Nem szabályozott	Szlovákia
Nem szabályozott	Szabályozott	Nem szabályozott	Nem szabályozott	
Szabályozott	Nem szabályozott	Nem szabályozott	Nem szabályozott	Egyesült Királyság, Új-Zéland
Szabályozott	Nem szabályozott	Szabályozott	Szabályozott	Norvégia, Svédország
Szabályozott	Szabályozott	Nem szabályozott	Nem szabályozott	Hollandia, Japán
Szabályozott	Szabályozott	Szabályozott	Nem szabályozott	Svájc
Szabályozott	Szabályozott	Szabályozott	Szabályozott	Ausztrália, Ausztria, Belgium, Kanada, Dánia, Franciaország, Írország, Luxemburg, Magyarország, Mexikó, Németország, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Törökország

Forrás: Paris et al. 2010, a 2010 júliusában elérhető információk alapján frissítve.

Az árak és bérek ellenőrzése

A kiadásokban meglévő – országok közötti – különbségek egy része az egészségügyi szolgáltatások relatív áraiban meglévő eltéréseknek tulajdoníthatók. A 2.5. ábra bemutatja az egészségüggyel összefüggő vásárlóerő-paritáson (purchasing power parity – PPP) mért javak és szolgáltatások azonos csomagját alkalmazó

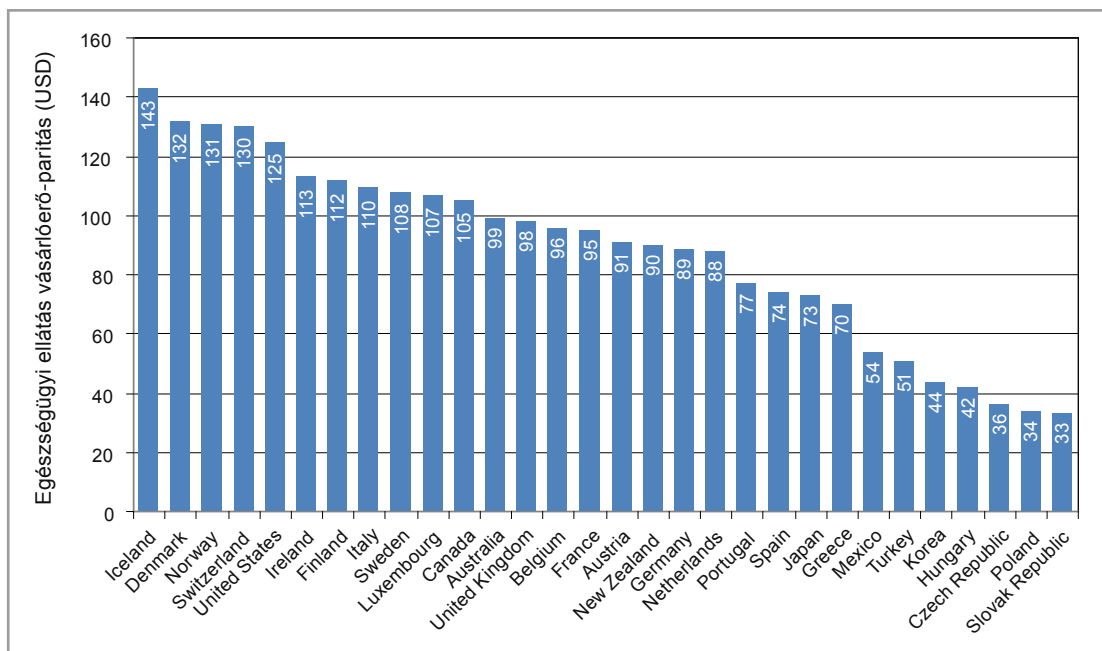
országok költségeit.⁹ Ezek az adatok jelentős különbségeket mutatnak az egészségügyi javak és szolgáltatások azonos csomagjának költségeiben: Szlovákiában a vásárlóerő-paritáson mért 33 USD-től 143 USD-ig izlondon. Ennélfogva az egészségügyi kiadásokban megfigyelt különbségek bizonyos része nem a szolgáltatás mennyiségében, hanem a relatív árakban meglévő eltérésekből ered. Az országok csoportosítását illetően az egészségügyi szolgáltatásokban a relatív vásárlóerő-paritás alacsonyabb az OECD ázsiai és kelet-európai országaiban.

Sajnálatosan az idősoros adatok, amelyek mutatnák a vásárlóerő-paritásban beállt időbeli változásokat, vagy azt, hogy e változások hogyan járultak hozzá az egészségügyi kiadásokban meglévő különbségekhez, még nem érhetők el.¹⁰ Mindazonáltal az egészségügyi szolgáltatások árainak csökkentésével nagyobb lehetőség mutatkozik a kiadások csökkentésére azokban az országokban, amelyekben a relatív árak magasak, mint azokban, ahol a relatív árak alacsonyabbak. A nagyon alacsony relatív vásárlóerő-paritással rendelkező országokban a béreknek és az áraknak az OECD-országok átlagához képesti túl gyors emelésének megelőzése változatlanul komoly politikai kihívás marad.

Sokkal nehezebbnek mutatkozik az adatok mögött a különbségek okait megítélni. Az egészségügyi szolgáltatók relatív bére az egyik tényezője az előnyös helyzetnek, tekintettel az egészségügyi ellátás teljes költségeihez képest a bérek és fizetések fontosságára és az egyes országok közötti széles körű különbségekre az egészségügyi szakemberek által kapott relatív bérekben. A háziorvosok jövedelme az összes magyarországi munkavállaló átlagos bérének 1,4-szerese, összehasonlítva az Egyesült Királyságbeli 4,2-szeres eltéréssel. A magyarországi – havi fizetést kapó – szakorvosok relatív bére az országos átlagbérhez képest 1,5-szeres, összevetve az önálló vállalkozó holland szakorvosokkal, akiknek jövedelme az országos átlag 7,6-szerese (OECD 2009). A nővérek bére (az átlagbérhez képest viszonyítva) néhány korábbi kelet-európai országban 0,7–0,8-szeres, míg Mexikóban 2,2-szeres (Fujisawa és Lafortune 2008; OECD 2009).

⁹ Ezeket az adatokat óvatosan kell kezelni, mivel az egészségügyi kiadások egyedi összetevői inkább input, mint output alapúak lehetnek. Adatok 2005-re állnak rendelkezésre.

¹⁰ Míg ez a munka az OECD-n belül folyamatban van, az ezen adatokban bekövetkező időbeli változások még nem állnak rendelkezésre. Ugyanakkor a közelmúlt kutatása (Farrell et al. 2008) azzal érvel, hogy a kiadásnövekedés az Egyesült Államokban a 2004–2007-es időszakban nagyban a járóbeteg-ellátásban tapasztalt áremelkedéseknek volt köszönhető. Ez tükrözi a fekvőbeteg-ellátástól – ahol az árakat a Medicare rendszer szigorúan ellenőrizte – a járóbeteg-ellátás felé való további elmozdulást, ahol az árak ellenőrzése kevésbé szigorú.



Forrás: OECD.Stat 2009; adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319364>.

2.5. ábra: Az egészségügyi javak és szolgáltatások vásárlóerő-paritásai (PPP), 2005

A vizsgált országok közötti különbségek tükröződhetnek az országok árszabályozási kapacitásaiban. A 2.6. és 2.7. táblázatok jelzik az ártárgyalási és ármeghatározási modellek széles körét, valamint azt, hogy ezen megállapodások foka és természete nagyban eltér az egyes országok között; azonban kevés információt hordoznak a kormányok közvetlen szerepére vonatkozóan. Míg a kormányok gyakorta rendelkeznek az alapvető szabályozási hatalommal, a felelősséget időnként az egészségbiztosítókhoz és a szakemberekhez delegálják, ami gyengítheti a kormányok kiadás-ellenőrzési kapacitását a gyakorlatban. Továbbá a kormányok szerepe az árképzésben az idők folyamán változásokon ment keresztül. Ezért óvatosságra van szükség az átfogó költségellenőrzéssel foglalkozó két táblázatban szereplő információk következtetéseinek értékelésekor.

A múltban a bérek ellenőrzése – természetüknél fogva – különösen elterjedté vált az integrált modellekkel működő rendszerekben a kórházakban és a járóbeteg-ellátásban egyaránt, ahol az egészségügyi személyzetet fizetés formájában díjazták – Dániában (kórházak), Finnországban, Írországban (kórházak), Spanyolországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban (kórházak) –, bár ez sokszor a szélesebb közszektor fizetési megszorításainak kontextusában jelenik meg, és ezért nem specifikusan az egészségügyi ellátórendszerre jellemző. Néhány esetben a múltban (pl. Ausztráliában, Belgiumban, Kanadában, Franciaországban, Japánban, Luxemburgban és Svájcban) a kormányok alkalmanként beavatózkodtak, amikor a finanszírozók és a szolgáltatók nem tudtak megegyezni a díjakban és az árakban (Docteur és Oxley 2004). Japánban a költ-

ségellenőrzés erősen az ármeghatározásra hagyatkozott a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátásban egyaránt (Imai és Oxley 2004).

Más országokban az árakat – az ellátás mennyiségének alakulásától függően – automatikusan módosítják azzal a céllal, hogy ne lépjenek túl a meghatározott költségvetési plafont. Németországban az erőforrás-alapú relatív értékskála (resource-based relative value scale – RBRVS) az egyes orvosok által nyert pontok értékeivel bevezetésre került, amely a (minden orvosra vonatkozó) pontok teljes számának növekedésével egyenes arányban csökken, azzal a céllal, hogy biztosítható legyen, hogy a költségvetést nem lépik túl. Hasonló intézkedéseket alkalmaznak a Szlovák Köztársaságban a szakorvosok esetében (2.7. táblázat).

2.6. táblázat: Az orvosi szolgáltatások árainak/díjainak szabályozása

A harmadik fél által fizetett díjak/árak	A szolgáltatók által (magán-egészségbiztosítókra vagy betegekre) kiszámlázott díjak/árak					
	Alapellátási szolgáltatások			Szakorvosi szolgáltatások		
	Meg kell egyeznie a (köz)finanszírozó által fizetett árákkal/díjakkal + „törvényes költségmegosztással”, ha van	Meghaladhatja a (köz)finanszírozó által fizetett árakat/díjakat + a törvényes költségmegosztást, de csak bizonyos körülmények között	Mindig meghaladhatja a (köz)finanszírozó által fizetett árakat/díjakat és a törvényes költségmegosztást	Meg kell egyeznie a (köz)finanszírozó által fizetett árákkal/díjakkal + „törvényes költségmegosztás”, ha van	Meghaladhatja a (köz)finanszírozó által fizetett árakat/díjakat és a törvényes költségmegosztást, de csak bizonyos körülmények között	Mindig meghaladhatja a (köz)finanszírozó által fizetett árakat/díjakat és a törvényes költségmegosztást
A finanszírozó által egyoldalúan, központilag meghatározott díjak/árak ¹			Ausztrália	Lengyelország ²		Ausztrália
A finanszírozó és/vagy a kormány és a szolgáltatók által központilag, közösen megtárgyalt díjak/árak	Csehország, Hollandia, Japán, Korea, Luxemburg, Norvégia	Ausztria, Belgium, Franciaország, Dánia		Csehország, Hollandia, Japán, Korea, Luxemburg, Norvégia	Ausztria, Belgium, Franciaország, Görögország ⁴	
Forrásalapú relatív értékskála központilag létrehozva, helyi tárgyalás a pontértékről	Németország, Svájc ²					
Helyi szintű tárgyalásokon kialakított díjak/árak	Kanada		Új-Zéland	Kanada	Új-Zéland	
Minden egyes biztosítóval folytatott tárgyaláson kialakított díjak/árak				Szlovákia ^{2, 6}		
Fejkvóta vagy fizetés – a finanszírozó vagy a kormányzat által központilag egyoldalúan meghatározva	Lengyelország ² , Szlovákia ²	Magyarország ⁴			Magyarország ⁴	

folytatódik

A harmadik fél által fizetett díjak/árak	A szolgáltatók által (magán-egészségbiztosítókra vagy betegekre) kiszámlázott díjak/árak					
	Alapellátási szolgáltatások			Szakorvosi szolgáltatások		
	Meg kell egyeznie a (köz)finanszírozó által fizetett árakkal/díjakkal + „törvényes költségmegosztással”, ha van	Meghaladhatja a (köz)finanszírozó által fizetett árakat/díjakat + a törvényes költségmegosztást, de csak bizonyos körülmények között	Mindig meghaladhatja a (köz)finanszírozó által fizetett árakat/díjakat és a törvényes költségmegosztást	Meg kell egyeznie a (köz)finanszírozó által fizetett árakkal/díjakkal + „törvényes költségmegosztás”, ha van	Meghaladhatja a (köz)finanszírozó által fizetett árakat/díjakat és a törvényes költségmegosztást, de csak bizonyos körülmények között	Mindig meghaladhatja a (köz)finanszírozó által fizetett árakat/díjakat és a törvényes költségmegosztást
Fejkvóta vagy fizetés az érdekelt felek közötti központi szintű tárgyalásokon kialakítva	Egyesült Királyság, Izland, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Törökország	Finnország, Görögország ⁴ , Írország ⁵ , Mexikó ³		Dánia, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Törökország	Egyesült Királyság ³ , Finnország ³ , Írország ⁵ , Mexikó ³	
Fejkvóta vagy fizetés az érdekelt felek között helyi szintű tárgyalásokon kialakítva	Svédország			Svédország		

¹ A díjak/árak tartalmazhatják (vagy sem) a „törvényes költségmegosztást”; ² az orvosok bármilyen árat szabhatnak, ha nem vesznek részt a nemzeti vagy egészségbiztosítási rendszerekben, vagy nem lefedett szolgáltatást nyújtanak, de ezek a körülmények marginális fontosságúak; ³ a magánszolgáltatásokat díjfizetés alapján finanszírozzák, az orvosok leggyakrabban szabadon kiszabhatnak bármely árat; ⁴ az orvosoknak elvileg nem lehet extradíjat kiszabniuk, de a hálapénz általános gyakorlat; ⁵ a népesség 2/3-a számára a háziorvosok szabadon szabhatnak ki árakat; ⁶ a forrásalapú értékskálát központi szinten határozzák meg, az egészségbiztosítók tárgyalják meg a mennyiségi korlátot és a pontértékeket.

Forrás: Paris et al. (2010).

2.7. táblázat: A kórházi áraknak a társadalombiztosítás által lefedett szolgáltatásokra szóló szabályozása

A finanszírozó által fizetett ár (alapvető alapellátási egészségügyi lefedettség)	Szolgáltatók által számlázott árak		
	Meg kell egyeznie a 3. fél által fizetett árakkal/ díjakkal + „törvényes költségmegosztás”, ha van	A betegek fizethetnek kiegészítést a hotelszolgáltatásért	A betegek fizethetnek kiegészítést a hotelszolgáltatásért ÉS az orvosok által kiszabott kiegészítő díjakat
Központi kormányzat által meghatározott	Norvégia		Egyesült Királyság, Írország, (magánpraxis)
Érintett felek által központilag megtárgyalt	Ausztrália (magánbetegek közkórházakban ¹), Franciaország („köz”kórházak ²), Görögország, Japán, Magyarország	Ausztria, Korea	Ausztrália (magánbetegek a köz- vagy magánkórházakban), Belgium, Franciaország (magánkórházak vagy közkórházakban magánpraxis), Törökország
DRG-súlyozás központilag meghatározva, a súlyszámok pénzbeli értéke helyi szinten vagy a biztosítókkal tárgyalásokon meghatározva	Dánia, Lengyelország, Olaszország		Németország
Érintett felek közötti helyi szintű tárgyalásokon kialakított	Finnország, Spanyolország, Svédország	Kanada, Svájc	
Központi szinten megtárgyalt, az egyes szolgáltatók és biztosítók közötti további tárgyalási lehetőséggel	Csehország ³ , Hollandia, Szlovákia ³		
Az egyes finanszírozók és szolgáltatók közötti tárgyalásokon kialakított			Mexikó (magánkórházak)
Globális költségvetésből történő kifizetés	Izland, Luxemburg, Mexikó (közkórházak), Portugália, Új-Zéland		

¹ A közbetegek nem fizetnek a kezelésért; ² a legtöbb nem-profitorientált magánkórházat magában foglalja; ³ a hálapénz bevett gyakorlat.

Forrás: Paris et al. 2010.

Az input mennyisége, és különösen az árak és bérek fölötti szigorúbb ellenőrzés lehetővé teszi a kormányok számára, hogy a kiadásokat rövid távon erőteljesen csökkentsék, és ha szükséges, egy takarékosági időszakban a magas infláció mellett a hatás még erőteljesebb is lehet. Mindazonáltal számos tényezőtől függ.

- A finanszírozók és a szolgáltatók között meglévő szerződéses kapcsolatok, például: vajon a munkaszerződések többévesek, és vajon a díjazás az inflációs rátának megfelelően formálisan indexálva van-e?
- Vajon a hatóságok meghatározhatják-e az ellátást nyújtó szolgáltatók számát?
- Meddig gyengíthetik a költségcsökkentés egészségpolitika által várt hatását a szolgáltatók reakciói? Egyrészt az alacsonyabb árak kiválthatják a szolgáltatók helyettesítő hatását és az egészségügyi szolgáltatások visszafogását, mivel a betegek kezelése kevésbé hasznos hajtó. Másrészt a jövedelemhatás az ellátást bővítheti is, mivel az orvosok megpróbálják kompenzálni a megnövekedett kínálat az alacsonyabb díjazásból eredő veszteségeiket.^{11, 12}

Az egészségügyi szolgáltatók relatív béreinek csökkentését célzó próbálkozásban a politikáknak figyelembe kell venniük a lehetséges negatív hatásokat azokban az országokban, amelyekben a bérek különösen alacsonyak. Az alacsony bérek oda vezethetnek, hogy az egészségügyi személyzetnek a megélhetés érdekében egynél több állása legyen, és ebből következően nagyobb nehézségekkel nézhetnek szembe tudásuk és készségeik megtartásában, vagy csökkenthetik tényleges munkaóráikat, ezzel mérsékelve a kínálatot. Egyes országokban (Görögország, Magyarország, Csehország, Szlovákia és Lengyelország) a hálapénz elterjedté vált.¹³ Japánban és Koreában az alacsony díjak fokozott kereslethez, a szükségesnél magasabb mennyiségű ellátáshoz és a betegek elégedetlenségéhez vezethetnek. Az egészségügyi rendszer hosszú távú fenntarthatósága szempontjából a legfontosabb negatív hatás, hogy az alacsony bérek az egészségügyi szakemberek migrációját fokozza.

¹¹ Csupán korlátozott információk állnak rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy mely hatások lesznek fontosabbak. A norvég alapellátásban a közelmúltban bekövetkezett változások például csak kismértékű jövedelemhatást mutattak a szolgáltatás-előállításában (Grytten et al. 2008), míg Japánban, az orvosok díjazásának szigorú szabályozása nagyon rövid és megismételt orvosi konzultációkkal társul (OECD 2009) (lásd alább).

¹² Ez előfordulhat például

- a mennyiség megnövelésével, amely az árak (vagy bérek) emelését célzó korlátozások kompenzálását célozza (pl. a járóbeteg-ellátás Ausztráliában, Franciaországban és Japánban, és a kórházi szektor Svédországban);
- magas költségű szolgáltatások nyújtásával (pl. több helyszíni diagnosztikai teszt – Franciaország, Németország és az Egyesült Államok);
- a betegek magasabb költségosztályokba való feljebb sorolása (pl. a Medicare az Egyesült Államokban); vagy
- szolgáltatások áttétele olyan területekre, ahol nincs árkontroll (Egyesült Államok).

A köz- és a magánszektorban egyaránt működő orvosok (Egyesült Királyság, Finnország, Görögország és Írország) szintén megpróbálhatják az ellátást a magánszektorba áttérlni, ahol a kormányzati ellenőrzés kevésbé szigorú.

¹³ Görögországban például a közfinanszírozású szektorban dolgozó orvosok szintén igyekeztek betegeiket a magánpraxisukba átvinni (Economou és Giorno 2009).

A gyógyszerárak meghatározása

A gyógyszersektorban az árak meghatározása különös körtekintést igényel a gyógyszerpiac speciális jellemzői miatt (Docteur és Paris 2009). Noha a gyógyszerek a teljes egészségügyi kiadások kisebb részét (az OECD-országokban átlagosan a teljes egészségügyi kiadások 17%-át) teszik ki, az elmúlt években a kiadások gyorsabban nőttek, mint az egészségügyi ellátások egyéb fő elemei. A gyógyszerárak szintje néhány országban jóval magasabb (főként a kelet-közép-európai országokban, Mexikóban és Görögországban). E piacon a politikaalkotók számára az a kulcsprobléma, hogy megteremtsék a megfelelő egyensúlyt a betegek és a finanszírozók számára biztosítandó egészségnyereség és aközött, hogy fenntartsák a folyamatos innovációt célzó ösztönzőket, hogy továbbra is elég erősek maradjanak a további innováció támogatásában – azaz fontos, hogy biztosítani tudják a jövőben a jobb gyógyszerek kifejlesztését. Ez azt is jelenti, hogy meg kell találni azokat a módokat, amelyekkel korlátozható a kereslet a piacon, ahol a betegek ritkán szembesülnek a felírt gyógyszerek teljes költségeivel, és ami biztosítja a gyógyszer-kereskedelmi rendszer hatékony működését; ez az összes költség egyharmadát teszi ki.

A gyógyszerárak meghatározására, társadalombiztosítási támogatási rendszerére, a kereslet és a gyógyszerek választékának befolyásolására az eszközök széles tárháza áll rendelkezésre (lásd Docteur és Paris 2009; illetve e tanulmány 6. fejezetét). Ezek között említhetjük például a más országokban alkalmazott árakhoz való viszonyítást mint külső benchmarkot, a belső referenciaárakhoz, a gyógyszer-gazdaságossági vizsgálatokat és a kockázatmentesítést alkalmazó árazást. E területen az alábbi lehetséges reformok sorolhatók fel:

- a támogatás és az árazás megváltoztatása, amely révén a fogyasztók jobban terelhetők az alacsonyabb költségű termékek felé (pl. a generikumokkal való helyettesítés ösztönzése), valamint a hatékonyabb elosztási mechanizmusok ösztönzése;
- a gyógyszer-gazdaságossági elemzés szerepének növelése az érték meghatározásában;
- a gyógyszerek áaira és mennyiségére vonatkozó megállapodások, amelyek során az árakat kiigazíthatják, ha a gyógyszerkiadások túllépik a megállapodott kiadási plafont.

Költségvetési korlátok és megszorítások

Az egészségügyi közkiadások folyamatos növekedésével a költségvetési plafonokat (költségvetési korlátokat) egyre szélesebb körben alkalmazzák az egészségügyi kiadások korlátozását célzó eszközökként. Az ilyen eszközök átfogó közkiadási korlát formájában vagy szektorspecifikusan (pl. kórházak) jelenhetnek meg. A 2.8. táblázat bemutatja, hogy minden ország – kivéve Ausztria, Japán, Korea, Svájc és az Egyesült Államok – bizonyos költségvetési plafont vagy kiadási korlátot alakított ki. A többi ország vagy országos, regionális szinten, vagy pedig az egyes kórházakra, illetve más technikákkal (pl. Japán az árképzésen keresztül) alkalmaz megszorításokat.

2.8. táblázat: A költségvetési megszorítások szigorúsága

A költségvetési megszorítás módja	Ország
Nincs költségvetési korlát	Ausztria, Japán, Korea, Svájc
Kiadási előirányzat további forrásallokáció nélkül	Luxemburg
Kiadási előirányzat ellátási területek szerinti <i>vagy</i> regionális allokációval	Ausztrália, Belgium, Csehország, Dánia, Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Izland, Kanada, Mexikó, Németország, Spanyolország ¹ , Szlovákia, Törökország
Kiadási előirányzat ellátási területek szerinti <i>és</i> regionális allokációval	
Szigorúan meghatározott egészségügyi költségvetés további allokáció nélkül	
Szigorúan meghatározott egészségügyi költségvetés ellátási területek szerinti <i>vagy</i> regionális allokációval	Írország ² , Magyarország, Olaszország ²
Szigorúan meghatározott egészségügyi költségvetés ellátási területek szerinti <i>és</i> regionális allokációval	Egyesült Királyság, Lengyelország, Norvégia, Portugália, Svédország, Új-Zéland

¹ Spanyolországban regionális/szektorszintű al-előirányzatok, míg más országokban különböző egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó al-előirányzatok; ² Írországban és Olaszországban regionális/szektorszintű al-előirányzatok, míg Magyarországon különböző egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó al-előirányzatok.

Forrás: Paris et al. 2010.

A költségvetési korlátok kezdetben a kórházi szektort (a rendszer legköltségesebb elemét) célozták, gyakran kiegészítve a járóbeteg-ellátásra és a gyógyszerekre vonatkozó globális és pótlólagos kiadási korlátokkal, ezzel is kifejezve azt a nehézséget, hogy a teljes kiadás ellenőrzése csak egyetlen ellátási komponensre való összpontosítással történik meg. A kínálat ellenőrzését és átalakítását, valamint a kórházi szektor kiadásának korlátozását célzó politikák általában sokkal sikeresebbek, mint a járóbeteg-ellátást vagy a gyógyszereket célzó kiadási korlátok, bár az intézményi eltérések jelentős különbségeket mutatnak az egyes országokban.¹⁴ A költségvetési plafonok alkalmazásán keresztüli kiadás-ellenőrzés olyan országokban tűnik a legsikeresebbnek, mint az Egyesült Királyság, Dánia, Írország és Új-Zéland, ahol az egészségügyi költségvetést explicit módon az általános költségvetés összeállításának a folyamatában alakítják ki (Mossialos és Le Grand 1999).

¹⁴ Az ilyen kimenetek mégsem érvényesülnek minden esetben, és függhetnek a vizsgált időszaktól. A költségvetési korlátokat általában kevésbé vagy egyáltalán nem tartják be Görögországban, Olaszországban, Portugáliában és Spanyolországban, bár hasonló intézményrendszert működtetnek. Ezzel szemben az integrált modelleket működtető országok szintén szándékosan növelik erőforrásaikat az egészségügyi ellátórendszer számára bizonyos időszakokban – például az Egyesült Királyság, Kanada és Új-Zéland épp a közelmúltban – vagy egy szigorú költségvetési megszorítási időszakot követően (Írország).

Néhány társadalombiztosítási rendszert működtető ország indikatív költségvetést vagy előirányzatokat hozott létre (Belgium, Franciaország, Hollandia és Luxemburg), de ezeket a korlátokat gyakorta nem tartják be, részben azok kevésbé kötelező jellege miatt, és néha azért, mert nincsenek eszközök arra, hogy visszafogják a túlköltséget az azt követő években.^{15, 16} Más országok közvetlen kiadási korlátokat vezettek be: a cseh kormány az egyes szolgáltatókkal szemben költségvetési plafont alkalmazott 1994-ben (az 1992–93. években tapasztalt gyors kiadásnövekedést követően); ezt a politikát azonban a fő biztosítón keresztül érvényesítette. Továbbá azokban az országokban, amelyekben a kínálatot a kormányzat alacsonyabb szintjein határozzák meg, a központi hatóságok korlátozták a központi kormányzat által a helyi önkormányzatoknak juttatott transzferek összegét (Finnország, Kanada), vagy az adónövelésekre a kormányzat alacsonyabb szintjein korlátokat vezettek be (Dánia és Svédország).

Az új költségvetési korlátozások magukkal hozták a retrospektív finanszírozási módszerektől – így például a szolgáltatók számára a költségalapú ex-post javadalmazást – a prospektív költségvetések felé való elmozdulást. A legegyszerűbb szinten ez azt jelentette, hogy a szolgáltatókkal szemben szigorú költségvetési korlátokat alkalmaztak, miközben az is elvárás volt, hogy a kínálatot továbbra is az ellátás iránt egyre növekvő szükségletnek megfelelően korrigálják.

A felülről-lefelé – költségvetési plafon formájában – ható kiadáskorlátozásoknak (a szabályozó eszközöktől függően) mégis lehetnek nemkívánatos hatásai. Nem ösztönzik (aktívan ellenősztonőzhetik) a szolgáltatókat az output vagy a termelékenység növelésében. Például ha a költségvetést az outputtól függetlenül határozzák meg, a szolgáltatót nem terheli költség az output csökkenésekor, vagy nem kap kompenzációt az output növelésével összefüggő magasabb költségekért. Amikor a szolgáltatók költségvetését a korábbi költségeik alapján állapítják meg, az kedvezhet a nem megfelelő szolgáltatóknak, büntetheti a hatékony szolgáltatókat, és akadályozhatja a szűkösön rendelkezésre álló források szükségletalapú területi elosztását.

Továbbá amennyiben a megtakarításokat a finanszírozók tartják meg, a meghatározott költségvetési plafonok arra ösztönözhetik a szolgáltatást nyújtókat, hogy a plafonig költsenek. És mivel a költségvetési plafonok és az inputok korlátozása gyakran a személyzet létszámcsökkentésével, illetve a munkateher növekedésével szorosan összefüggnek, a személyzeti morál romolhat, míg a jövedelemarányokra és a munkaerő-felvételre vonatkozó korlátozások akadályt jelenthetnek a személyzeti politikában és a munkaerő-kapacitásban. Bár mely eset áll is fent, a kormányok zöme kötelezve érezte magát arra, hogy a kórházi csődök esetében a költségvetési túllépéseket finanszírozza, különösen, ha regionális szolgáltatókról volt szó (pl. Görögország, Olaszország, Portugália és Új-Zéland). Ebből következően a kormányok egyre inkább afelé mozdulnak el,

¹⁵ Az eredmény függhet a túlzott kínálat méretétől. Például a kiadási korlátokat hagyományosan szigorúan betartják az Egyesült Királyság Nemzeti Egészségügyi Szolgálatánál. A hatékonyság javítására és a várólisták csökkentésére vonatkozó nyomásnak köszönhetően jelentős teljesítménybeli eredményeket sikerült elérni az 1980-as és 1990-es években (Light 2001).

¹⁶ Mindazonáltal Franciaország 2004-ben megerősítette kiadás-ellenőrzési rendszerét, amellyel bizonyos eredményeket ért el.

hogy a költségvetés kialakításában figyelembe vegyék a hatékonysági szinteket, a kórházak eredményességét és a területi szükségletekben meglévő eltéréseket.

Költségellenőrzés a decentralizált környezetben

Számos ország nagymérvű központi ellenőrzést gyakorol az átfogó egészségügyi kiadások felett úgy, hogy az egészségügyi ellátás nyújtásával összefüggő felelősséget az irányítás alacsonyabb szintjére helyezi át. Közülük néhány különösen sikeresnek bizonyult az aggregált egészségügyi kiadások növekedésének korlátozásában (Finnország és Kanada – legalábbis egy bizonyos időintervallumban). Ezekben az esetekben az alacsonyabb közigazgatási szintnek nyújtott pénzügyi források csökkentése (pl. a központi kormányzat által nyújtott, az egyenlőtlenségeket csökkentő támogatások) arra kényszerítette a helyi önkormányzatokat (pl. Finnországban), hogy csökkentsék a kiadásait, és/vagy vezessenek be az ellátás hatékonyságát növelő intézkedéseket. Amikor a kínálatról van szó, a helyi kormányzatok tartják a hátukat a betegektől és a szolgáltatóktól jövő bírálatért, mialatt a központi hatóságok politikailag profitálnak a közkiadások csökkenéséből és a közszektor kisebb deficitjéből.¹⁷ Még ilyen körülmények között sem képesek azonban az országok a kiadásokat korlátlanul kordában tartani. A folyamatosan növekvő politikai nyomás – amely gyakorta a kínálattal és az egyre növekvő várakozási idővel függ össze – szinte elkerülhetetlenül kényszeríti a kormányokat arra, hogy változtassanak a politikájukon, és növeljék a kiadásokat, időnként jelentős mértékben.

Kínálatoldali korlátok és más egészségügyi ellátási célkitűzések hatása (lásd 2.1. táblázatot)

Az egészségügyi közkiadások korlátozását célzó politikák befolyásolhatják az egészségügyi ellátórendszer más célkitűzéseit, bár annak nagysága függ az adott politika időtartamától: általában minél hosszabb időtartamon keresztül érvényesül a kiadáskorlátozó politika, annál nagyobb a nemkívánatos mellékhatások esélye. Ugyanakkor a kiadáskorlátozás pozitívan is hathat a rendszerhatékonyságra – például ha az egészségügyi ellátórendszer kínálati oldalról korlátozott, és a kórházakat arra ösztönzi, hogy kevesebb erőforrás felhasználásával több szolgáltatást nyújtsanak. Mindazonáltal még az ilyen esetekben is felmerülhetnek az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel vagy az ellátás minőségével kapcsolatos kérdések. A csökkentett erőforrások a szolgáltatókat arra ösztönözhetik, hogy kevesebb ellátást nyújtsanak, vagy korlátozzák az új technológiák bevezetését – ez az a probléma, ami különösen tartóssá válhat ott, ahol a befektetéseket visszafogják.

A kínálatoldal teljesítményének javítását célzó ösztönzők alkalmazása

Amint azt az OECD (2005) kiadvány, valamint Docteur és Oxley (2004) tanulmánya említi, jelenleg sokkal erőteljesebb figyelem fordul azokra a reformokra, amelyek az egészségügyi ellátórendszerek kínálati és keresleti oldalait egyaránt célzó ösztönzők javítására összpontosítanak. Ebben az alfejezetben csak válogatást nyújtunk a kínálati oldalt érintő reformokról és azok hatásairól, amennyiben az erre vonatkozó információk rendelkezésre állnak. Valószínűleg kimondható, hogy a legtöbb figyelmet azok az intézkedések kapták, amelyek

¹⁷ Ez sokkal inkább politikai gazdaságtani, mint az egészségügyi kiadások megszorításával összefüggő kérdés.

az egészségügyi ellátórendszerek kínálati oldalának hatékonyabb működését kívánták elősegíteni. Ugyanakkor számos bekezdés foglalkozik majd a keresleti oldali kérdésekkel is, amelyek a múltból képest valamivel nagyobb figyelmet kapnak.

A vásárlók-szolgáltatók szétválasztása, valamint a szolgáltatásvásárlás és szerződés szerepének a növelése

A vásárlók és a szolgáltatók szétválasztása lehetővé teszi a felelősségek jobb megosztását és az egészségügyi ellátórendszerek jobb szabályozását. Elméletben a vásárlók – akik a betegek és/vagy az egészségügyi kormányzat képviselőitében járnak el – azonosítják az egészségügyi ellátási szükségleteket, és kötnek szerződést a szolgáltatókkal annak érdekében, hogy ezeket kielégítsék. Ugyancsak ők azok, akik monitorozni tudják, hogy az egészségügyi rendszerek célkitűzései teljesülnek-e, sőt javaslatot tehetnek a korrekciókra, amennyiben a célok nem érvényesülnek megfelelően. A (társadalom)biztosítási rendszerekben a vásárlás és a szerződéskötés lehetősége széles körű volt, azonban e modellek egyre inkább jellemzővé váltak a korábban integrált rendszereket működtető országokban (így pl. Olaszországban, Új-Zélandon, némelyik északi országban, Spanyolországban és az Egyesült Királyságban).

A vásárlók és a szolgáltatók szétválasztása az egészségügyi rendszer célkitűzései elősegítésének vonzó modellje, viszont e megközelítés hatékony bevezetése nehéznek bizonyult (Figueras et al. 2005). Először is a vásárló szervezeteknek rendelkezniük kell az egészségügyi szükségletekre vonatkozó információkkal: ezek az információk azonban gyakran vagy nem elérhetők, vagy pedig túlságosan költséges lenne az előállításuk. Előfordulhat, hogy a vásárlás kevésbé kapcsolható össze az egészségügyi rendszer átfogó célkitűzéseivel, hiszen a vásárlói felelősség nem feltétlenül fedi le a népesség egészségügyi ellátások iránti valamennyi igényét – például néhány országban a vásárló intézmények csak a betegségek kezelési költségeit fedezi, míg a megelőzéssel összefüggő kiadások nagyon alacsonyak.¹⁸ A szerződéskötés folyamata szintén túl hosszú és költséges lehet, a szerződésnek való megfelelés monitorozása pedig rengeteg költséges információt és technikai szakértelmet igényelhet, ami ugyancsak drága.

Mindezen nehézségek ellenére az alapvető modell fontos építőkövét jelenti az egészségügyi ellátás egészségpolitika-vezéreltebb megszervezésének. Az egészségügyi ellátási célok kialakíthatók, a forrásszükségek felmérhetők és a rendszerteljesítmény értékelhető. Az egészségügyi igazgatásnak azonban körültekintően meg kell vizsgálnia, hogy hogyan lehet a legjobban bevezetni a szolgáltatásvásárlást, beleértve a szükséges adatrendszerek kiépítését, különös tekintettel a teljesítmény monitorozására.

¹⁸ A francia Regionális Kórházi Ügynökségek (Agences régionales d'hospitalisation) – amikor eredetileg az 1990-es években létrehozták ezeket, kizárólag kórházi ellátást fedtek le. A közelmúltban azonban mandátumuk kiterjedt a járóbeteg-ellátásokra is, és új nevet kaptak: Regionális Egészségügyi Ügynökségek (Agences régionales de santé).

Az erőforrások hatékonyabb felhasználása a járóbeteg-ellátásban

A járóbeteg-ellátás egyre erőteljesebb szerepe számos kérdést felvet: hogyan szervezhető meg a legjobban az ellátás, és még inkább: hogyan kellene az egészségügyi személyzetet díjazni. Miközben nem létezik egyértelmű megoldás, az egyedül, független praxisként működő és szolgáltatásonkénti díjtételek (fee-for-service) alapján finanszírozott szolgáltatók azt a szervezeti formát jelentik, amely valószínűsíthetően a legkevésbé alkalmas az egyre növekvő számú, krónikus betegségben szenvedő betegek költséghatékony kezeléséhez. Például az Egyesült Államokban az „orvosi otthon” fogalma – amelyben az orvos követi a beteget és koordinálja a szükségleteket – egyre inkább teret nyer, Németországban és Franciaországban pedig a részleges kapuőri szerep felé való elmozdulásban megjelenik az irányított betegellátási rendszerek bevezetése. Több innovációra van szükség ezen a területen, bár az egyes országokban az adott egészségügyi rendszerek meglévő erősségei határozzák meg a fejlődést (lásd 5. fejezet).

Ebben az összefüggésben jelentős eltérés figyelhető meg abban, hogy a járóbeteg-ellátás miként szerveződik. Ez részben tükrözi az olyan finanszírozási rendszerek kialakításának a nehézségét, amelyek egyrészt korlátozzák a túlzott kínálat ösztönzését (ami érvényesül a fee-for-service finanszírozási módszer esetében), és ugyanakkor megelőzik a fogyasztók alacsony szintű elégedettségét is – ami például kialakulhat a szakorvosi találkozásokra és az elektív¹⁹ sebészeti beavatkozásokra vonatkozó várólisták növekedésével (ami leggyakrabban megjelenik a rendszerben, amikor a szolgáltatókat fejkvóta alapján fizetik, vagy bérezést/fizetést kapnak). De bármilyen rendszerről van is szó, az elmúlt években csekély mértékben változott a rendszerkapacitás a betegek irányításában és az ellátás koordinálásában; és jóformán minden OECD-ország az ellátás koordinálását úgy tekinti, mint a fejlődés egyik lehetséges fő területét (Hofmarcher et al. 2007).²⁰

Ami a szolgáltatásfinanszírozási módszereket illeti, bizonyos országok vegyes finanszírozási rendszerek felé mozdulnak el, amelyekben a szolgáltatásonkénti díjakat (fee-for-service), a fejkvótát és a bérezést kombinálják, amelyről az vélelmezhető, hogy az egyféle kifizetési módszer helyett sokkal jobb teljesítményt eredményez.²¹ Például az Angliában működő csoportpraxisoknak van részleges vásárlói szerepük, és díjazási csomagjuk jelentős része az elért népegészségügyi és minőségi célokon alapul. Mindazonáltal a vegyes rendszerek kihívásokat is jelentenek, és megkövetelik az egészségügyi hatóságok általi ellenőrzést annak biztosítására, hogy az egészségügyi ellátórendszer átfogó céljai teljesüljenek, különösen a betegekkel szembeni reagálókészségre, valamint a szakorvosokhoz és a kórházi ellátáshoz való hozzáférésre tekintettel.

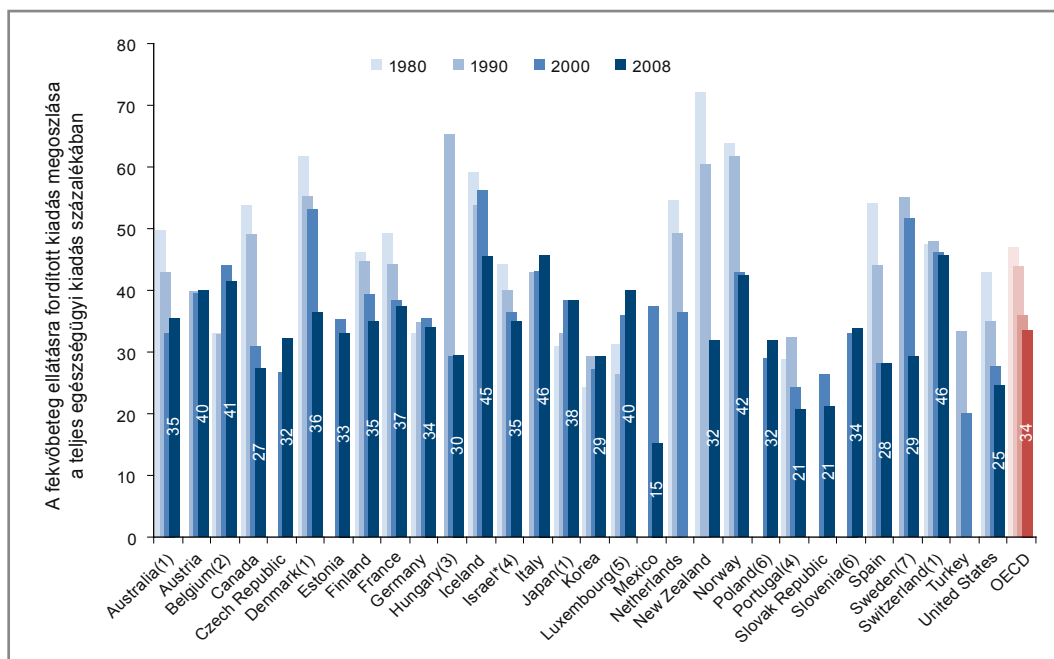
¹⁹ Az elektív ellátás az orvosszakmai szempontok szerint (ésszerű időn belül) ütemezett, az egészségi állapot kockázata nélkül halasztható diagnosztikai vagy terápiás tevékenység. – *A szerk.*

²⁰ Az „Egészségügyi rendszerek jellemzőiről szóló kutatás” (Survey on health system characteristics) (Paris et al. 2010) szerint 14 ország működtet betegmenedzsment rendszert, és 10 országban a komplex egészségi állapottal bíró betegek esetmenedzsment is működik. Ugyanakkor azonban e programok kiterjedtsége nem ismert. A szolgáltatás-vásárlás megvalósítása megköveteli az egészségszükségletek felmérését, ami nem feltétlenül érhető el az összes országban.

²¹ Jelenleg jelentős mértékben alkalmazzák a szolgáltatási díjat Észak-Amerikában és Ausztriában, Franciaországban, Németországban és Svájcban.

A kórházi szektor költséghatékonyságának javítása

Bár a kórházi és akut ellátási szektor részaránya folyamatosan csökkent a legtöbb OECD-országban,²² ez az egészségügyi ellátásokra vonatkozó kiadások legnagyobb eleme (2.6. és 2.7. ábra); szintén egy olyan terület, ahol a hatékonyságban elért javulás különösen fontos, amit többek között tükröz az egynapos sebészet egyre elterjedtebb alkalmazása és a rövidebb idejű kórházi tartózkodás.



Megjegyzés: Nincs adat Chile, Görögország, Írország és az Egyesült Királyságra vonatkozóan.

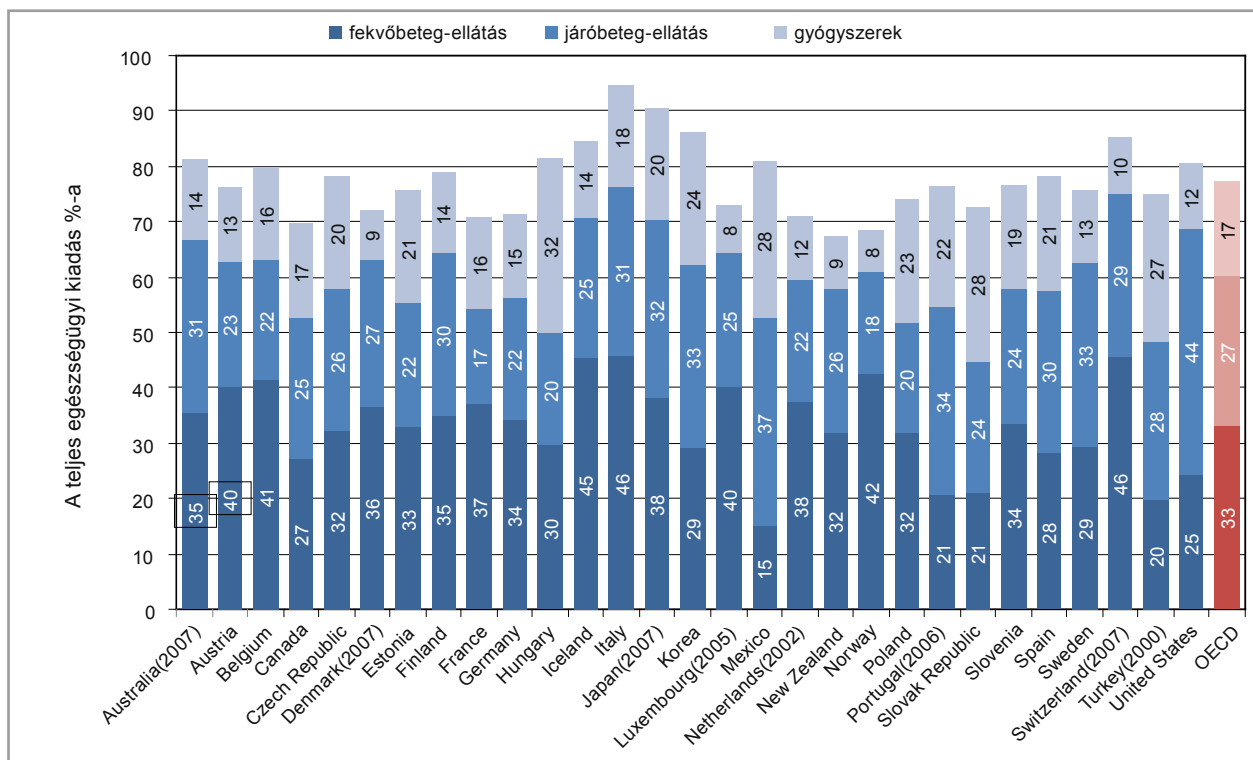
(1) Az adat 2008 helyett 2007-re vonatkozik; (2) az adat 2000 helyett 2003-ra vonatkozik; (3) az adat 1990 helyett 1991-re vonatkozik; (4) az adat 2008 helyett 2006-ra vonatkozik; (5) az adat 2008 helyett 2005-re vonatkozik; (6) az adat 2000 helyett 2002-re vonatkozik; (7) az adat 1990 helyett 1993-ra vonatkozik.

* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatják. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak

Forrás: OECD (2010a); adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/88893231938>

2.6. ábra: A fekvőbeteg-ellátás aránya a teljes egészségügyi kiadáson belül, 1980, 1990, 2000, 2008

²² Kivéve: Korea, Mexikó, Törökország, Spanyolország, Szlovákia, Svédország és az Egyesült Államok.



Megjegyzés: Chilére, Görögországra, Írországra, Izraelre és az Egyesült Királyságra vonatkozóan nincs adat.

Forrás: OECD (2010a); adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319402>

2.7. ábra: Az egészségügyi ellátás kiadásainak elemei, 2008 (vagy a legutóbbi év)

Ebben a szektorban számos rendkívül fontos reformot végrehajtottak. A kórházi rendszerek – különösen a nemzeti egészségügyi rendszerek működtetésében tevékenykedtek – leggyakrabban szigorú költségvetési korlátok között működtek, amelyben mostanáig igen csekély volt a menedzsment szabadsága. A közelmúltban a menedzsmentkapacitás javult, és a pénzügyi elszámoltathatóság (felelősség), a kórházi menedzsment önállósága nőtt (Olaszország, Spanyolország, Egyesült Királyság és Hollandia – bár meglehetősen eltérő mértékben). A költségvetési időszakok is meghosszabbodtak, és nagyobb rugalmasság tapasztalható bármely többletforrás felhasználásában – így például a kórház felhasználhatja a forrásokat, s nem kell attól tartania, hogy a költségvetésért felelős hatóságok visszaveszik azokat. A kórházi menedzsment nagyobb autonómiája a nem alapvető szolgáltatások nagyobb arányú kiszervezéséhez vezetett. Bár a minőségi célkitűzések biztosításának költségei nem elhanyagolhatóak, széles körű egyetértés van abban, hogy ezeknek a szolgáltatásoknak a kiszervezése hozzájárulhat a költségek csökkentéséhez, amennyiben e szolgáltatásokban a piacon megfelelő a verseny (OECD 2006).

A kórházi szolgáltatások finanszírozási módszere rendkívül fontos annak felmérésében, hogy a hatékonyság fejlesztésének van-e tere. A kórházak finanszírozására korábban alkalmazott eljárás számos országban nem ösztönözte a hatékonyságot, és sokszor ellentétes hatást váltott ki – például ott, ahol a költségek visszatérítésére utólag került sor, vagy ahol az alkalmazott árak aránytalanul magasak voltak – a kínálat költségeihez képest –, mivel technológiai változás történt, vagy csökkent az orvosi berendezések ára. Amint azt már rögzítettük, a költségvetési plafonokat gyakran történelmi alapokra helyezve állapítják meg, konzerválva ezzel a nem megfelelő szolgáltatók rossz teljesítményét, ugyanakkor nem jutalmazva megfelelően a hatékonyan működő szolgáltatókat.

Egyre több ország mozdult el a prospektív esetfüggő díjazási rendszerek felé, mint például a DRG-csoportok alkalmazásához, amely a szolgáltatásnyújtás finanszírozását egy bizonyos kórházi kezelési esemény becsült költségeire alapozza. Ez arra ösztönzi a kórházakat, hogy növeljék az ellátott esetek számát, és a szolgáltatót az ellátási esemény költségeinek csökkentésére is sarkallják. Mindazonáltal ott, ahol túlkínálat figyelhető meg, a DRG-finanszírozás költségvetési túlköltséssel járhat, ha a szolgáltató további szükségleteket képes gerjeszteni, vagy a korábban kielégítetlen igények halmozódnak. Ennek következtében számos ország ma már monitorozza a kínálatot, és visszacsatolást alkalmaz (a szolgáltatások mennyisége és ára között) a költségvetési korlátok betartása érdekében. Hasonló érveket és politikákat alkalmaznak az egészségügyi rendszer más szektoraiban, így például az orvosi szolgáltatások finanszírozásában is (2.9. táblázat).

2.9. táblázat: Az ellátás mennyiségének ellenőrzését célzó politikák

Ország	A mennyiség ellenőrzését célzó politikák megléte		
	Létezik-e – az egészségügyi szolgáltató tevékenységére vonatkozó – bármilyen szabályozás/ellenőrzés?	Megengedett-e a fogyasztókat közvetlenül megcélzó gyógyszerreklámozás?	Az orvosok díjazását befolyásolja-e a mennyiségi célok túllépése?
Ausztrália	Nem	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az orvosok díjában csökkentés ¹
Ausztria	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás, felírási célok/költségvetések	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az orvosok díjában csökkentés
Belgium	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás, felírási célok/költségvetések	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Csehország	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás, felírási célok/költségvetések	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az egészségbiztosítási alapoknak visszatérítés
Dánia	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az orvosok díjában csökkentés

folytatódik

Ország	A mennyiség ellenőrzését célzó politikák megléte		
	Létezik-e – az egészségügyi szolgáltató tevékenységére vonatkozó – bármilyen szabályozás/ellenőrzés?	Megengedett-e a fogyasztókat közvetlenül megcélzó gyógyszerreklámozás?	Az orvosok díjazását befolyásolja-e a mennyiségi célok túllépése?
Egyesült Királyság	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az orvosok díjában csökkentés.
Finnország	Igen, visszacsatolás	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Franciaország	Igen, visszacsatolás	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Görögország	Nem	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Hollandia	Nem	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Írország	Nem	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Izland	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Japán	Nem	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Kanada	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az orvosok díjában csökkentés
Korea	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az orvosok díjában csökkentés
Lengyelország	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Luxemburg	Igen, visszacsatolás	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Magyarország	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Mexikó	Nem	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Németország	Nem	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Norvégia	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Olaszország	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az egészségbiztosítási alapoknak visszatérítés
Portugália	Igen, felírási célok/költségvetések	Nem	Nem
Spanyolország	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás, felírási célok/költségvetések	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Svájc	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, visszacsatolás	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Igen, az orvosok díjában csökkentés

folytatódik

Ország	A mennyiség ellenőrzését célzó politikák megléte		
	Létezik-e – az egészségügyi szolgáltató tevékenységére vonatkozó – bármilyen szabályozás/ellenőrzés?	Megengedett-e a fogyasztókat közvetlenül megcélzó gyógyszerreklámozás?	Az orvosok díjazását befolyásolja-e a mennyiségi célok túllépése?
Svédország	Igen, visszacsatolás, felírási célok/ költségvetések	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Szlovákia	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott	Igen, bizonyos gyógyszerek esetében	Nem
Törökország	Igen, a tevékenység mennyisége monitorozott, felírási célok/ költségvetések	Nem	Nem
Új-Zéland	Nem	Igen, minden gyógyszer esetében	Nem

¹ Néhány közigazgatási egységben (pl. Victoria).

Forrás: Paris et al. 2010.

A kórházaknak a döntéshozatal decentralizációja és a menedzsmentben meglévő nagyobb önállóság kívánatos, ha ez nagyobb menedzseri kapacitással, a döntéshozatalban nagyobb függetlenséggel és nagyobb pénzügyi elszámoltathatósággal jár együtt. A megnövelt menedzseri függetlenség segíthet a humán erőforrás hatékonyabb alkalmazásában, például az egészségügyi szakemberek kompetenciáira vonatkozó gyakorlat változását tekintve.

Verseny a biztosítási és a szolgáltatói piacokon

A nagyobb hatékonyság keresése érdekében számos ország bevezetett piaci vagy piaci típusú mechanizmusokat vagy biztosítói, vagy pedig szolgáltatói szinten (Hollandia, Németország és Svájc). A biztosítási piacok szintjén az a cél, hogy arra ösztönözzék a biztosítókat, hogy hatékony igazgatással jobb szolgáltatásokat nyújtsanak ügyfeleik számára, azaz végső soron jobb és hatékonyabb szolgáltatókat igyekeznek találni. Az a mérték azonban, ahogy ez a versenynyomás ténylegesen hatást gyakorol a szolgáltatói piacra, meglehetősen változó az egyes országokban, ami többek között a szabályozási környezetben meglévő eltérésekben rejlik.

Általában a biztosítók – az alapellátási csomagra vonatkozó univerzális, kötelező prémium alapján – az ügyfelekért versenyeznek, gyakran olyan opciókkal, amelyek egyes, az alapellátási csomagban nem szereplő szolgáltatásokat is tartalmaznak. A kötelező biztosítás esetében a biztosítók – közösségi díjszabás alapján – minden egyes ügyfelet kötelesek elfogadni. Azon ténynek következtében, hogy a biztosítottak kockázati összetétele az egyes biztosítók között eltér, kockázatkigazító mechanizmusokat alakítottak ki annak érdekében, hogy egyenlő versenyfeltételeket alakítsanak ki ezen a piacon. Mivel azonban a kockázatkigazítás sosem lehet tökéletes, a biztosítók érdeke a „lefölözés” – a legkedvezőbb kockázatok vonzása és a legkedvezőtlenebbek elkerülése, ami potenciálisan negatív hatást gyakorol a hozzáférésre (Smith 2009).

A versenyző biztosítás fő előnyeinek érdekében a biztosítóknak képesnek kell lenniük arra, hogy a szolgáltatókkal szelektíven szerződjenek, ezzel megteremtve az ellátás nyújtásában a költséghatékonyságot és a minőség javítását. Ez az irányított betegellátásban bizonyos mértékig sikeres volt az Egyesült Államokban. Ugyanakkor más országokban, ahol nagyobb versenyt igyekeztek teremteni a társadalombiztosítási piacokon (így pl. Hollandia és Svájc), ez csak részben vált be. Számos egészségügyi ellátórendszerben az árakat a biztosítók és a szolgáltatók közötti kétoldalú tárgyalások alapján határozzák meg, vagy a hatóságok közvetlenül alakítják ki. A tárgyalásokon meghatározott árak köre egyre szélesebbé válik Hollandiában – idővel majd igazolódik, hogy ezek a megközelítések valóban fokozottabb költségmegtakarításokat eredményeztek-e.²³

Még a versenyző biztosítási piacok bevezetése nélkül is a kollektíven vásárolt egészségügyi szolgáltatások – ahol a vásárló egy meghatározott népességi csoport számára specifikus egészségügyi szolgáltatásokra köt szerződéseket – lehetővé teszik a vásárlók számára, hogy nyomást gyakoroljanak az egészségügyi szolgáltatókra. A vásárlók számos formában tehetik ezt meg, így például a munkáltatókra szervezett biztosítók az Egyesült Államokban, a társadalombiztosítók (pl. azok, amelyekről az előbbiekben szó volt), a helyi önkormányzatok vagy az országos/regionális egészségügyi szolgáltatók. Ugyanakkor a versenyzői nyomás csak abban az esetben jelenhet meg, ha bizonyos rugalmasság van a szerződéskötésben, és bizonyos ellenőrzés abban, hogy a betegek a számukra szükséges ellátásokat hol vehetik igénybe.

Mindazonáltal a lehetséges pozitív hatás függ a szabályozási kerettől, a piaci feltételektől és a vásárlók szerződéskötési és monitorozási kapacitásaitól. A gyakorlatban a versenyt korlátozhatja egyetlen szolgáltató jelenléte, a szerződési folyamat bonyolultsága és az az információhiány, amellyel felmérhető, hogy a szerződést betartották-e, különösen a betegek szükségleteire való reagálás és a klinikai minőség tekintetében. Ezek a nehézségek a verseny egyéb formáinak alkalmazását követelhetik meg, például a sztenderdekhez való viszonyításon és teljesítménymérésen keresztüli verseny (benchmarking, yardstick competition).

Az ellátás minőségének elősegítése érdekében az adatrendszerek és az információáramlás javítása

Számos országban – leginkább az Egyesült Államokban (Institute of Medicine [Orvosi Intézet] 2001) – az egészségügyi ellátás minőségének széles problémakörét tárták fel; ezeket a diszfunkciókat más országokban szintén rögzítették. Úgy tűnik, abban egyetértés van, hogy a minőségi problémák valószínűleg jelentős hatást gyakorolnak az egészségre, és a minőségi problémákból következő hibák az egészségügyi ellátás költségvetésére – mint például a nem megfelelő gyógyszerelésből eredő kórházi ellátás – helyrehozásának költségei miatt. Az ellátás koordinációjának és a szolgáltatók közötti, valamint a szolgáltatók és a betegek közötti kommunikáció hiánya a tapasztalt minőségi deficit egyik fő oka. Az ellátás minőségének javítása csökkentené az ilyen mulasztásokat, és közvetlen módon a népesség egészségének és jóllétének jelentős javulásához vezethetne.

A probléma dimenzióinak vázolását szolgáló jobb statisztikai adatok hiányában e kihívás megfelelő kezelése nehéznek tűnik. Ebben az összefüggésben az infokommunikációs technológia (ICT) szélesebb körű

²³ Hollandiában a szelektív szerződéskötés az egészségügyi ellátási kínálat mintegy 34%-át fedi le.

alkalmazására van szükség ahhoz, hogy lehetővé váljon az információk gyors átadása a minőség-ellenőrzést ellátó szervezeteknek (lásd Klazinga és Ronchi 2009; OECD 2010b; és e publikáció 7. fejezete). Az ellátás minőségének javítása megköveteli a jó teljesítmény honorálását és azt, hogy a szolgáltatók díjazásában olyan új módszereket alkalmazzanak, amelyek figyelembe veszik az ellátás minőségét. Az eredményfüggő díjazás (pay for performance – P4P) az egyik ilyen módszer (lásd 4. fejezet). Az orvosi információk és azok továbbításának javítása – a betegektől a szolgáltatók felé, a szolgáltatók között és a szolgáltatóktól a finanszírozók felé – szintén magában rejtí az a lehetőséget, hogy javuljon az ellátás koordinációja, csökkenjen a felesleges szolgáltatások nyújtása és az igazgatási költség, a szolgáltatók visszacsatolást kapjanak, továbbá jobb információalapot teremtsen a rendszerfejlesztés jobb tervezéséhez.

Miközben lehetőség van a költségek csökkentésére és a népesség egészségi állapotának a javítására, az ezzel összefüggő infokommunikációs technológia bevezetése és fenntartása a vártól sokkal költségesebb: az információs technológia tökeintenzív, és a költségeket szükséges összevetni a lehetséges eredményekkel. Mint sok más program esetében is igaz, az ilyen programoknál is a költséghatékonyságra vonatkozóan több információra van szükség.

Széles körű az egyetértés abban, hogy az egészségügyi kiadások növekedése nagymértékben az egészségügyi technológia fejlődésének tudható be, és abban is, hogy az új technológiák egy része csak kismértékben járult hozzá a népesség egészségi állapotának a javulásához. A high-tech berendezések (mint pl. a képalkotó eszközök) kínálatában az országok közötti jelentős különbségek vannak anélkül, hogy az egészségnyereségben nagyobb eltérés lenne megfigyelhető, (lásd OECD 2009). Ezért bizonyos, hogy szükség van annak felülvizsgálatára, hogy vajon minden új orvosi eszköz vagy eljárás megfelel-e bizonyos – az adott ország által meghatározott – költséghatékonysági kritériumoknak. Ebben az összefüggésben széles körű igény mutatható ki az egészségügyi technológiák értékelése (health technology assessment – HTA) mint olyan eszköz iránt, amelyik kiválasztja, hogy mely technológiáknak, gyógyszereknek és orvosi berendezéseknek van a legnagyobb haszna a költségekhez képest. Míg olyan intézmények, mint a brit Nemzeti Egészségügyi és Klinikai Kiválósági Intézet (British National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE) megítélhetik a költségeket és a várható előnyöket, a kormányoknak kell meghozniuk a végső döntéseket a kapacitásuk és fizetési hajlandóságuk fényében (lásd 3. fejezet)

4. Keresletoldali kérdések és politikák

A gyenge hatékonyság bizonyítéka az egészségügyi ellátórendszerek keresleti és kínálati dimenzióiban egyaránt megtalálható, bár gyakran nehéz különbséget tenni abban, hogy mi a kereslet- és mi a kínálatfüggő.²⁴ Az ellátás iránti igényt illetően az OECD (2004) például széles körű eltérést mutatott ki a szívizombetegség arányában az OECD-országokban, amelyek nem jelennek meg, vagy nem korrelálnak a specifikus kezelések szintjeivel (pl. a szívkoszorúér véredényeinek újra működőképessé tétele). Hasonló problémákkal találkozunk más betegségek esetében. Ezért megállapítható, hogy az orvosi gyakorlatban túlzottan nagy a különbség mind az egyes országokon belül, mind pedig az országok között (Mulley 2009). A széles körben elfogadott ellátási protokollokhoz való fokozottabb igazodás javíthatja az ellátás minőségét, és csökkentheti az átfogó kezelési költségeket. Az orvosi gyakorlat eltérései szintén tükröződnek a gyógyszerfogyasztás egyes országok közötti különbségében: a dániai, új-zélandi és svájci egy főre jutó 350-420 USD PPP-től a franciaországi 888 USD PPP-ig (vö. 1.11. ábra – OECD 2008b).²⁵

Ugyanakkor jelentős különbségek figyelhetők meg az egészségügyi ellátások, szolgáltatások betegek általi igénybevételeiben, amint az az orvostalálkozásokból és a fekvőbeteg-ellátásból való hazabocsátással mérhető. Az éves orvostalálkozások száma körülbelül 4-től nagyjából egy kicsit több mint 10-ig terjed (az OECD ázsiai és kelet-európai országaiban), miközben a kórházi hazabocsátás számában az OECD-országok között háromszoros a különbség. Kicsi a korreláció (1) az orvostalálkozások és az orvosok száma; (2) a hazabocsátások száma és az üres ágyak között (2.8. és 2.9. ábra).²⁶

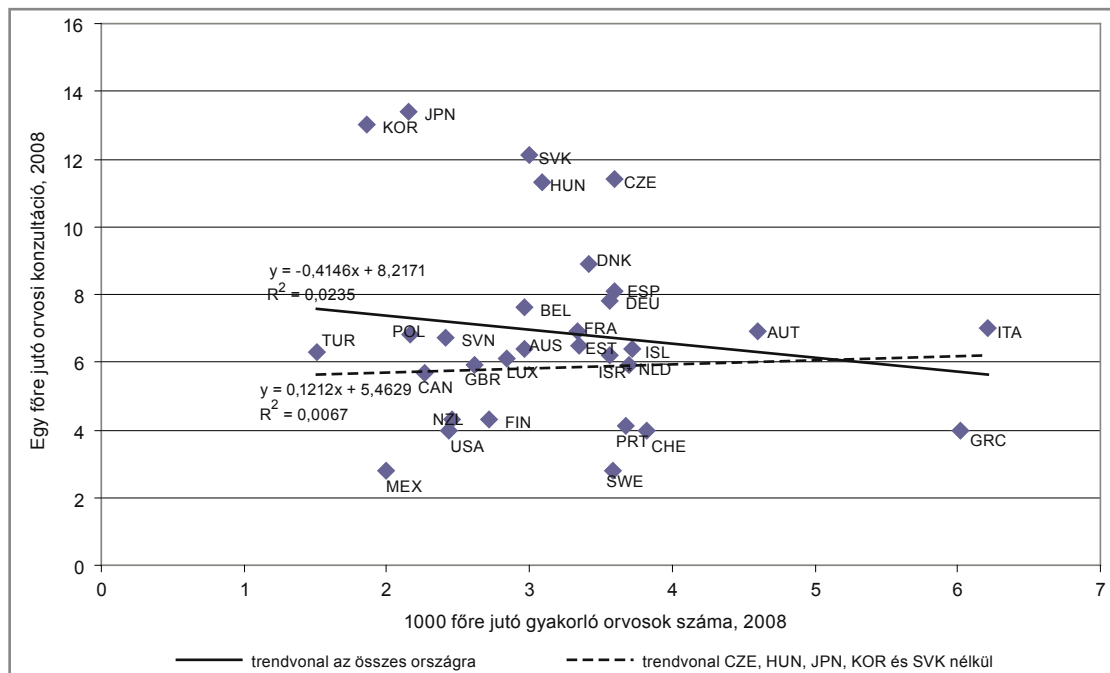
Az említettek közül egyik különbség sem tudható be pusztán a kínálati vagy a keresleti tényezőknek, és gyakorlatilag úgy tűnik, hogy az intézményi normák, ösztönzők (szolgáltatásfinanszírozási módszerek) és a

²⁴ A keresletoldali politikák figyelembe veszik azokat a kísérleteket, amelyek az egészségügyi ellátás iránti keresletet (vagy szükségletet) igyekeznek menedzselni, ezzel minimalizálva a költségeket vagy maximalizálva az egészségnyereséget (egy példa lehet a háziorvos kapuőri szerepének alkalmazása a betegek ellátásának priorizálásában). A kínálatoldali hatások között szerepelnek a szolgáltatókkal szembeni ösztönzők és szabályozási intézkedések, amelyek nagyobb költséghatékonysághoz és kínálati hatásossághoz vezethetnek. Erre példa a piaci kényszerek (mosatás vagy étkeztetés kiszervezése) bevezetése, ahol a piaci feltételek megengedik a versenyt.

²⁵ Az országok közötti árkülönbségek tükröztetik az árkülönbségeket és a gyógyszerkínálat szerkezetét (lásd OECD 2008b).

²⁶ Mindazonáltal a népességben az idősök arányának eltérései részben magyarázhatják ezeket a különbségeket a hazabocsátásokban (OECD 2009).

betegek viselkedésmintái mind hozzájárulnak a különbségekhez.²⁷ Mindenesetre a döntéshozóknak meg kell vizsgálniuk azokat az okokat, amelyek miatt ilyen nagymértékűek az eltérések a rendszerben, és azt, hogy ha ezeket szűkítik, akkor vajon nagyobb költséghatékonyság biztosítható-e úgy, hogy az nem okoz veszteséget az egészségnyereségben vagy az ellátás minőségében.

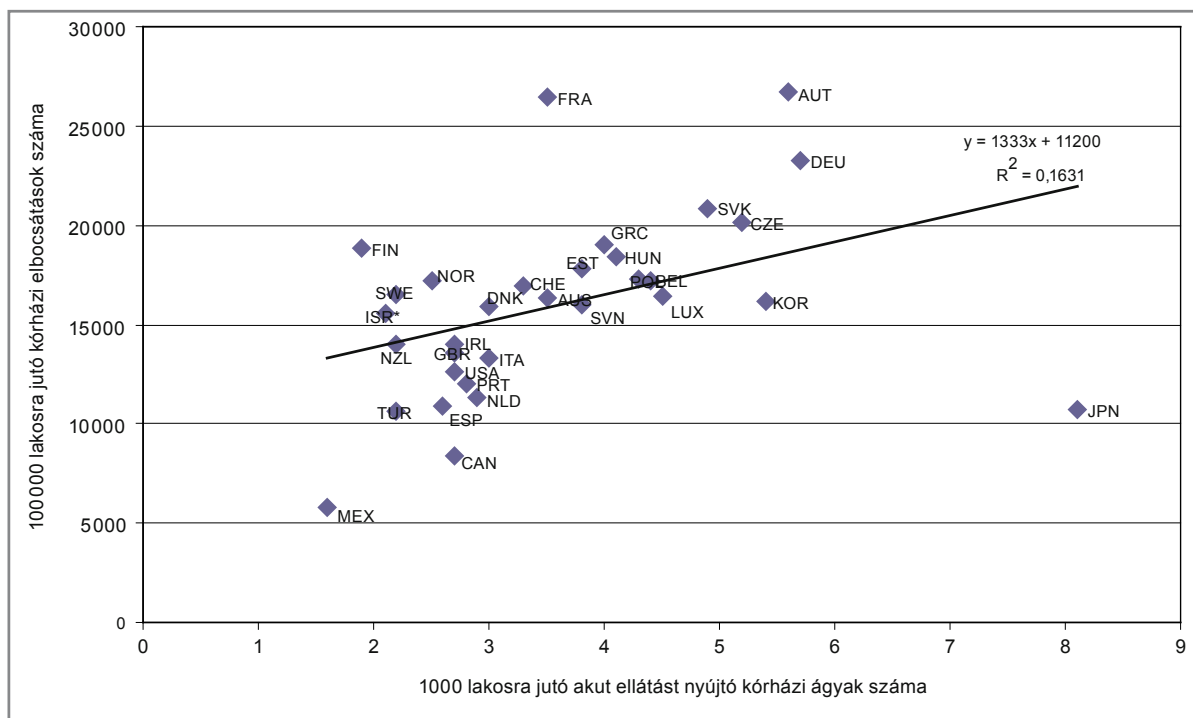


* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatották. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

Forrás: OECD (2010a); adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319421>

2.8. ábra: Orvostalálkozások és orvossűrűség, 2008

²⁷ Például ezek a különbségek a nem megfelelő statisztikai mérést tükrözik: az orvostalálkozások alacsony száma Svédországban és Finnországban mutathatja azt a tényt, hogy az egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolatfelvétel nagyon gyakran a nővérekkel történik (Bourgueil et al. 2006). A Hollandiára vonatkozó adatok kizárják az anyasági vagy a gyermekellátási kapcsolatokat. Ami a szabályozást illeti, számos orvostalálkozás Japánban a gyógyszerfelírás megújítását célozza, amely szükségtelenné válhat a hosszú távú feltételek esetében. (Megjegyezzük azonban, hogy ez a szabályozás a közelmúltban változott.) Alternatívaként néhány országban bizonyos sporttevékenység előtt kötelező orvosi vizsgálatra van szükség, és ezt gyakran fizeti a biztosító (pl. Franciaország). A fejkvóta szerint díjazott orvosok esetében szintén megfigyelhető a gyakoribb orvos-beteg találkozási arány, mint a fizetést kapó orvosoknál. Néhány – kisszámú orvostalálkozást mutató – országban lehet, hogy kínálati korlátozás van (pl. Mexikó).



* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatták. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

Forrás: OECD (2010a); adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319440>

2.9. ábra: Az egy főre jutó hazabocsátás és az ágyak száma, 2008

A háztartások közvetlen egészségügyi kiadásainak növekvő aránya

Az egészségügyi ellátásra fordított közkiadás szintje csökkenthető, ha az egészségügyi kockázatokkal kapcsolatos felelősség nagyobb arányát a háztartásokra helyezik át. Ez különböző formában valósulhat meg:

- az „ellátási csomag” kormányzati csökkentése: például a legtöbb közfinanszírozású egészségügyi ellátórendszer bizonyos sebészeti beavatkozásokat, egyes kezeléseket, gyógyszereket nem fedez, ha azoknak nincs vagy korlátozott a terápiás értéke (Franciaország, Spanyolország);
- bizonyos kockázatok esetén az egészségügyi ellátás (pl. fogászati kezelés) költségeinek áthárítása a társadalombiztosítástól a kiegészítő magánbiztosítás felé;
- a betegek nagyobb arányban finanszírozzák az általuk igénybe vett egészségügyi ellátásokat. Az ilyen költségmegosztás számos formában jelenhet meg, a fix összegű orvosi vizitdíjtól a kórházi tartózkodásért vagy a gyógyszerekért fizetett önrészig.

A legtöbb OECD-ország a legfontosabb egészségügyi ellátásokra, szolgáltatásokra a népesség egészének vagy közel 100%-ának lefedettséget biztosít. Ugyanakkor ez az adat – amikor azt csupán önmagában használják – a biztosítás nem megfelelő indikátora. Például ott, ahol az olyan szolgáltatások, mint a fogászati kezelés vagy a gyógyszerek ki vannak zárva az alapvető ellátási csomagból, vagy csak nagyon korlátozott módon tartoznak bele (Kanada és Franciaország), a költségmegosztás foka sokkal fontosabb lehet, mint ahogy az elsőre látszik. Ezekben az esetekben a betegek jelentős önrészfizetéssel szembesülnek, hacsak nincs valamilyen magán- vagy önszegélyező biztosításuk. Ezzel szemben az önrészfizetés alól széles körű mentességet élvezhetnek egyes sérülékeny csoportok, ami – esetenként jelentősen – növeli a közfinanszírozású egészségügyi ellátórendszer által finanszírozandó költségarányt (2.10. táblázat).²⁸ Az ilyen intézkedések komolyan megnövelhetik továbbá a költségmegosztási rendszerek igazgatási költségeit is.

2.10. táblázat: Mentesség a páciensek által fizetett díjak (önrészfizetés) alól

Ha létezik mentesség									
	Van-e az önrészfizetés alól felmentés?	Bizonyos orvosi feltételeknek eleget tevő betegek vagy fogyatékoság esetén?	Azok számára, akik egy meghatározott jövedelmi szint alatt keresnek?	Szociális segélyben részesülők számára?	Idősek számára	Gyerekek számára	Terhes nők számára	Azok számára, akik elérték már az önrészfizetés felső határát	Egyéb
Ausztrália	Igen								x ¹
Ausztria	Igen	x	x					x	
Belgium	Igen	x	x	x	x			x	x ²
Csehország	Igen	x	x	x	x	x		x	x
Dánia	Igen	x			x	x		x	
Egyesült Királyság	Igen	x	x	x	x	x	x	x	
Finnország	Igen							x	
Franciaország	Igen	x	x	x			x		x ³
Görögország	Igen	x	x	x			x		

folytatódik

²⁸ A lefedettség méretére, mélységére és nagyságára vonatkozó kiegészítő információk tekintetében lásd Paris et al. (2010) tanulmányát.

Ha létezik mentesség									
	Van-e az önrészfizetés alól felmentés?	Bizonyos orvosi feltételeknek eleget tevő betegek vagy fogyatékosok esetén?	Azok számára, akik egy meghatározott jövedelmi szint alatt keresnek?	Szociális segélyben részesülők számára?	Idősek számára	Gyerekek számára	Terhes nők számára	Azok számára, akik elérték már az önrészfizetés felső határát	Egyéb
Hollandia	Igen	x				x		x	x ⁵
Írország	Igen	x	x	x		x	x	x	
Izland	Igen	x		x	x	x	x	x	
Japán	Igen	x			x	x	x	x	x ⁴
Kanada	Igen	x	x	x	x				
Korea	Igen	x	x	x	x	x		x	
Lengyelország	Igen	x				x			x ⁶
Luxemburg	Igen	x					x	x	
Magyarország	Igen	x							
Mexikó	–								
Németország	Igen	x	x	x		x			
Norvégia	Igen					x	x	x	
Olaszország	Igen	x	x		x	x	x		
Portugália	Igen	x	x	x	x	x	x		
Spanyolország	Igen	x			x				
Svájc	Igen	x	x	x	x	x	x	x	
Svédország	Igen	x				x		x	
Szlovákia	Igen	x	x	x	x	x	x		
Törökország	Nem	–	–	–	–	–	–	–	–
Új-Zéland	Igen	x	x	x		x	x	x	

„–” nem alkalmazható.

¹ Ausztráliában, ahol nincs univerzális mentesség, teljes vagy részleges mentességek és biztonsági hálók működnek az egészségügyi rendszer bizonyos részeiben; ² krónikus betegek; ³ munkahelyi balesetek; ⁴ közsegélyben részesülők; ⁵ háziorvosi vizitek; ⁶ pl. háborús rokkantak és rokkant veteránok, sorkatonák.

Forrás: Paris et al. 2010.

Noha nehéz világos mintákat kialakítani, úgy tűnik, átlagosan kismértékű növekedés megfigyelhető a háztartások közvetlen kiadásainak az összes egészségügyi kiadásokhoz viszonyított arányában. Az 1990-es években a háztartások közvetlen kiadásainak az összes egészségügyi kiadásokhoz viszonyított arányában 22 országból – amelyre elérhetőek voltak az adatok – 13-ban növekedés volt megfigyelhető (2.10. ábra).²⁹ Ez a trend azonban – igaz, csak kismértékben – megfordult a jelenlegi évtizedben: 32 országból – amelyre elérhetőek voltak az adatok – 24-ben csökkent ez az arány.^{30, 31} A költségmegosztásban nagyobb növekedés alapvetően a gyógyszerek esetében tapasztalható, míg a fekvőbeteg-ellátásban és az orvostalálkozásokban a magánkifizetések növekedése kevésbé elterjedt (Franciaország, Németország és Svédország).

A közfinanszírozás által nem támogatott gyógyszerek száma növekedett, gyakran a „komfort” gyógyszerek vagy azok, amelyek terápiás értéke nem volt igazolható. Számos esetben a gyógyszerfelíráshoz kötődő átalánydíj bevezetésére került sor (Egyesült Királyság, Cseh Köztársaság, Franciaország, Németország). Másutt a gyógyszer-referenciaár rendszert vezették be (Németország, Kanada, Franciaország). Ezek az intézkedések növelték az egyéni önrészfizetés arányát azokban az esetekben, amikor az egyének eredeti, ún. brand gyógyszereket vagy magasabb költségű terméket használtak, mialatt azonban biztosították a hozzáférést a generikus gyógyszerekhez.

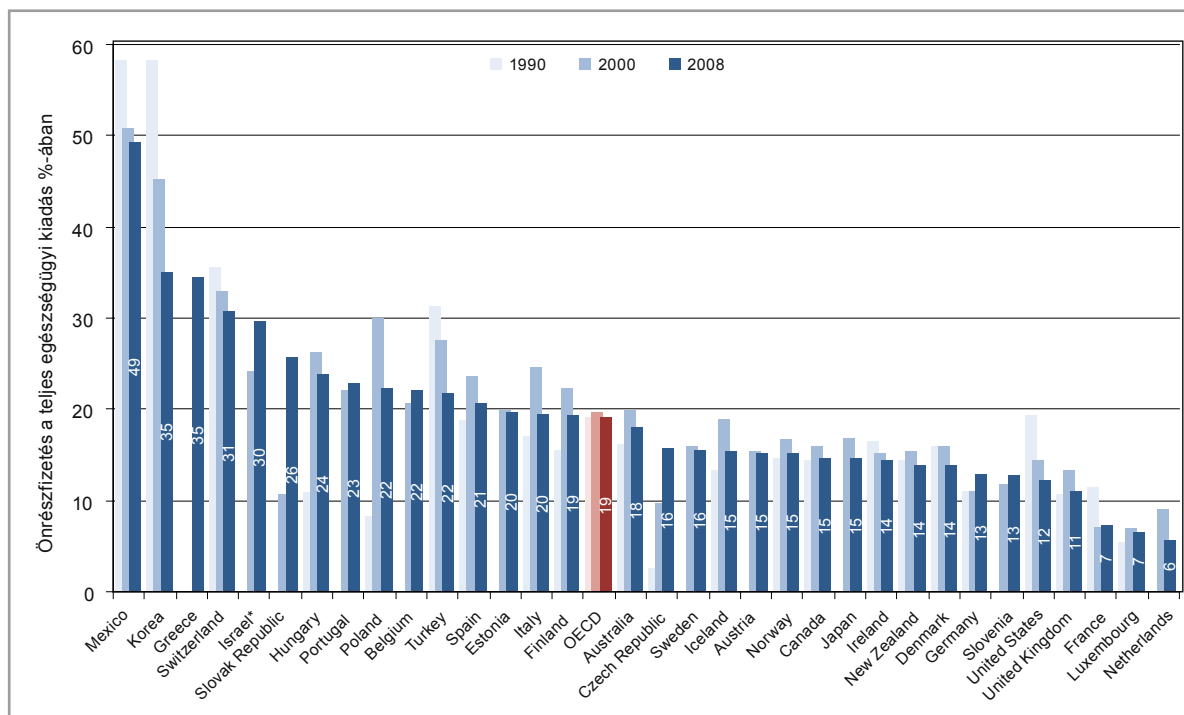
A költségmegosztás korlátozott növekedése valószínűleg tükrözi a hatóságoknak az ellátáshoz való széles körű hozzáférés biztosítására való törekvését. Bármi volt is a motiváció, a költségmegosztásban az elmúlt évtizedekben a legtöbb országban nagyon csekély változás történt (amint az a 2.10. ábra adataiból jól látható), a sérülékeny csoportok³² számára biztosított széles körű mentesség (vö. 2.10. táblázat) megmaradt, és az ellátás iránti keresletre gyakorolt hatás, úgy tűnik, csekély volt. Mindenesetre a költségmegosztásban lévő jelentős eltérések az egyes országok között nem korrelálnak az országok közötti egészségi állapotban meglévő különbségekkel. A megnövelt költségmegosztás korlátozhatja az ellátás iránti szükségletet. Az egészségügyi ellátások, szolgáltatások iránti keresletre gyakorolt hatás eléréséhez azonban olyan mértékű változás szükséges a költségmegosztásban, ami negatívan hatna a hozzáférésre (Smith 2009). Ugyanakkor a páciensek által fizetett díjak eddiginél nagyobb növelése egyik elemét képezhetné egy szélesebb – a közfinanszírozásra terhelődő nyomás csökkentését célzó – csomagnak, ha azt a sérülékeny csoportok védelmével ellensúlyozzák.

²⁹ Ezt befolyásolja a prezentáció módja. A háztartások közvetlen fizetése, úgy tűnik, növekedett az 1990–99-es, és a 2000–2007-es időszakban, amikor azt a teljes háztartási fogyasztás arányaként vizsgálták.

³⁰ Megjegyezzük, hogy a negatív változás általában alacsony volt.

³¹ A növekedés a következő országokban volt a legfigyelemreméltóbb: Görögország, Szlovákia, Magyarország, Svédország, Ausztria és Japán.

³² Például a vizsgálatban szereplő országok több mint fele plafont alkalmaz az egyénekre vagy a háztartásokra az önrészfizetés felső határát tekintve (lásd 2.10. táblázat, utolsó előtti oszlop).



Megjegyzés: A szerzők Görögországra becslést alkalmaztak. Chilére nem voltak elérhető adatok.

* Az Izraelre vonatkozó statisztikai adatokat a releváns izraeli hatóságok szolgáltatották. Ezen adatok OECD általi felhasználása a Golán-fennsíkra, Kelet-Jeruzsálemre és a nyugati partra vonatkoznak.

Forrás: OECD (2010a); adatok: <http://dx.doi.org/10.1787/888932319459>

2.10. ábra: A háztartások közvetlen kiadásai a teljes egészségügyi kiadások százalékában, 1990, 2000 és 2008

Az egészségügyi ellátás iránti igény csökkentése betegségmegelőzés és egészségmegőrzés révén

Az egészségmegőrzést és a betegségmegelőzést célzó kormányzati programok nagyjából az egészségügyi kiadások 5%-át teszik ki az OECD-országokban. Egy felületesen meggyőző elképzelés szerint a megelőző politikákba fektetett fokozott befektetés komoly eredményt hozna a jövőbeni csökkenő egészségügyi költségek szempontjából. Ebben az összefüggésben bőséges bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy számos sztenderd megelőző program – így a fertőző betegségek elleni védőoltások – rendkívül költséghatékony. Ugyanakkor az OECD-országok kormányai e területen széles körű beavatkozásokat tettek, különösen az elmúlt öt évben, de anélkül, hogy a beavatkozások hatásosságára vonatkozó erőteljes bizonyítékaik lennének; a hatékonyságra és eloszlási hatásaira vonatkozóan jóformán nincsenek bizonyítékok (OECD 2010b).

Mivel a kiadások és az egészségnyereség jelentkezése között nagy az időbeli eltolódás és a bizonytalanság, és a hatást nagy népességcsoportokra kell kifejteni, nincs biztosíték arra, hogy a megelőzés kevésbé lenne drága, mint maga a kezelés. Például az elhízás megelőzéséről szóló, közelmúltban megjelent OECD-munkát megelőzően a rendelkezésre álló bizonyítékok nagyon szegényesek voltak, különösen az e beavatkozások hatékonyságát és eloszlási hatásait (a különböző társadalmi csoportokra gyakorolt hatásait) illetően. Ugyanakkor az OECD mikroszimulációs elemzésével létrehozott új bizonyíték valóban kedvező költséghatékonysági és eloszlási profilt mutat az elemzésben értékelt beavatkozásokra vonatkozóan (OECD 2010b).

A betegek és az ellátást nyújtó szolgáltatók közötti jobb kommunikáció segíthet

Az orvosok és betegek közötti jobb kétirányú kommunikáció kedvező lehet a(z emberi) költségekre és a kezelés lehetséges hatására, és összhangban van az egészségügyi ellátásban az aktívabb fogyasztói magatartás növekvő tendenciájával. Van már néhány bizonyíték (Mulley 2009) arra vonatkozóan, hogy a betegek – orvosaiknál – kevésbé vállalkoznak arra, hogy a kezelések magas fokú invazív és intenzív formáit válasszák, ha többet tudnak a siker és/vagy súlyos hosszabb távú mellékhatások esélyeiről. A beteg és a szolgáltató számára nyújtott döntést támogató segítség hozzájárulhat ahhoz, hogy csökkenjenek az ellátás indokolatlan különbségei. A második vélemények szintén segíthetnek ebből a szempontból, csakúgy, mint az alapellátásban dolgozó orvosok erősebb szerepe abban, hogy betegeiknek segítsenek megfelelő döntést hozni.

Az egyre képzettebb népesség és a növekvő krónikus betegségek mellett a korábbinál nagyobb szükség van az öngondoskodásra és a megelőzésre. Annak jobb megértése, hogy a betegeknek mikor szükséges kapcsolatba lépniük az egészségügyi rendszerrel – például jobb egészségneveléssel és a korai betegségtünetek felismerésére vonatkozó információk széles körű terjesztésével – rendkívül kívánatos. E politikáknak azonban tágabb körű – a betegségmegelőzést, az egészségnevelést és egészségmegőrzést célzó – erőfeszítések összefüggésében kell strukturált módon megjeleníteniük. A kisebb kezelési problémák esetében a telefonos forródrótok, illetve az interneten elérhető, jól megszűrt információk nyújthatnak segítséget.³³

A fejlett ellátáskoordináció és a kapuőri szerep csökkentheti a magas költségű ellátások iránti igényt

A népesség viszonylag csekély aránya veszi igénybe az egészségügyi ellátások, szolgáltatások nagyon nagy arányát – az ellátás iránti igény csökkenthető lenne, ha biztosítható volna, hogy ezeket az egyéneket ameddig csak lehetséges, távol tartjuk a magas költségű intézményi környezettől (lásd 5. fejezet; Hofmarcher et al. 2007).³⁴ A magas költségű ellátás iránti igény csökkentése nagyobb figyelmet kap azáltal, hogy a népesség

³³ Példaként lásd az Egyesült Királyságban az NHS közvetlen weblapját – www.nhsdirect.nhs.uk. Tekintettel azonban arra, hogy az interneten elérhető orvosi információk többsége meglehetősen eltérő és kevésbé világos, az ilyen jellegű információkat az egészségügyi minisztériumoknak körültekintően szűrniük kell.

³⁴ Például az USA-beli Medicare-ellátottak felső 25%-a tette ki a 2001. évi kiadások 85%-át, míg az 1997–2001. évekre vonatkozó 5 éves kumulatív kiadások 68%-át tették ki (CBO 2005).

idősödésével sokasodnak a (gyakran többszörös) krónikus betegségek. A javuló koordinációval szembeni korlátok számos intézményi akadályból erednek:

- az egészségügyi ellátás fragmentált (széttöredezett) finanszírozása (leginkább az orvosi ellátás egyfelől, és a szociális szolgáltatások és a tartós ápolás között másfelől);
- az egészségügyi ellátórendszer komplexitásának (azaz specializációjának) növekedése, miközben az egészségügyi ellátás szintjei közötti információáramlás gyakran nem megfelelő az új ellátási igényeknek való kihívás kezelésére; és
- talán a legfontosabb, hogy a koordinációs tevékenységek formálisan nincsenek jelen egyes rendszerekben: esetenként nem tudni, mely egészségügyi szakember felelős a koordinációért, és a koordinációs tevékenységet ritkán finanszírozzák. Ugyanakkor a szakmai szabályok időközönként nem hagyják a nővéreknek és más egészségügyi dolgozóknak, hogy nagyobb szerepet vállaljanak ezen a területen (Hofmarcher et al. 2007).

Az ellátás koordinációjának javítása megköveteli a különböző szolgáltatók és szolgáltatói szintek közötti információátadás javítását célzó politikát, a szolgáltatói rendszer átalakítását (különösen az alapellátás szintjén), az ellátás koordinációjának megfelelő és explicit ösztönzőivel. Különösen figyelmet kell kapnia az egyes betegellátási szintek közötti átmeneteknek (pl. az akut kórházi ellátás és a tartós ápolás között).

A fejlettebb ellátáskoordináció fontossága ellenére a rendelkezésre álló bizonyítékok azt sugallják, hogy míg a fejlett koordináció javítja az ellátás minőségét, nincs világos bizonyíték arra nézve, hogy az ellátás koordinációjának specifikus formái – mint a betegségmenedzsment – valóban átfogó költségmegtakarításokhoz vezet (IGAS 2006). Valóban, a fejlett információs rendszerek (ICT) bevezetése nagy kezdeti költségeket jelenthet. Hasonló következtetésre jutunk az egészséges idősödés programjainak költséghatékonyságát illetően – például olyan programok, amelyek az idősödő személyeket jó fizikai kondícióban, jó egészségben kívánja tartani, ritkán bizonyulnak költséghatékonynak, vagy vezetnének az egészségügyi ellátás költségeinek átfogó csökkentéséhez (Oxley 2009).

De bármilyen is legyen a költséghatékonyság mértéke, ezek az intézkedések feltehetően a legmegfelelőbbek az alapellátás kapuőri rendszerének összefüggésében, amelyik szabályozza a szakorvoshoz és a kórházi ellátáshoz való hozzáférést, vagyis általánosságban meghatározott időszakra az egészségügyi ellátórendszerben az alapellátás orvosa a beteg ügynökeként működik.³⁵ Az alapellátás kapuőrei a betegek számára

³⁵ A kapuőri szerep az egészségügyi szolgáltatások megfelelő igénybevételét célozza. Az a felfogás, hogy az alapellátásban dolgozó orvos ügynökként és koordinátorként működik, egy lehetséges reakcióként jelent meg arra, hogy hogyan lehet racionálisan allokálni a szűkös erőforrásokat a szakorvosok és a kórházak igénybevételére az orvosi tudás és specializáció egyre növekvő komplexitásában. A kapuőri szerep a fogyasztó költséggerjesztésének csökkentésére hivatott azzal, hogy úgy irányítja a specializált szolgáltatások iránti igényt, hogy azzal az ellátás különböző szintjeinek megfelelő igénybevételét biztosítsa. Az, hogy ezek az intézkedések sikeresek-e, attól függ, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok képesek-e megítélni a más szolgáltatók által nyújtott ellátások minőségét, és bizonyos körülmények között azok költségét (Paris et al. 2010).

segíthetnek az egészségügyi ellátórendszeren belüli tájékozódásban, ezzel javítva az ellátás koordinációját. A 2.11. táblázat bemutatja az egyes országokban a kapuőri szerep intenzitását.

2.11. táblázat: Kapuőri szerep

		Az alapellátási orvosi beutaló a szakorvosi betegellátáshoz való hozzáférésben		
		Kötelező	Pénzügyi ösztönzőkkel támogatott	Nem kötelező, pénzügyileg nem ösztönzött
Az alapellátási orvosnál regisztráció	Kötelező	Dánia, Hollandia, Norvégia, Olaszország, Portugália, Spanyolország, Szlovákia		
	Pénzügyi ösztönzőkkel támogatott	Egyesült Királyság, Magyarország, Új-Zéland,	Belgium, Franciaország, Németország, Svájc	
	Nem kötelező, pénzügyileg nem ösztönzött	Finnország, Lengyelország Kanada, Mexikó	Ausztrália, Írország	Ausztria, Csehország, Görögország, Izland, Japán, Korea, Luxemburg, Svédország, Törökország

Forrás: Paris et al. 2010.

5. Következtetések

Az egészségügyi rendszerek teljesítményének javítása változatlanul átfogó célkitűzés marad

Az egészségügyi ellátásra fordított kiadás az elmúlt évtizedekben az OECD-országokban növekedett, 2008-ban átlagosan a GDP mintegy 9%-át tette ki. Az egészségügyi kiadások a teljes közkiadások egyre nagyobb arányát jelentik. A közkiadások átlagosan az 1992-es teljes általános kormányzati kiadások 12%-tól 2008-ra annak 16%-ára nőttek. Nincs abban semmi rossz, ha az egészségügyi kiadások nőnek, amíg a további kiadások további haszna nagyobb, mint az ezen erőforrások alternatív felhasználásából származó előnyök. De – mivel az egészségügyi kiadások háromnegyede közfinanszírozásból származik – a kormányzatok számára a kiadások az erőforrások allokálására és a kiadások hatékonyságára vonatkozó szempontok kerültek előtérbe, különösen, amikor a rendelkezésre álló pénzügyi erőforrások szűkösek, és a kormányok nehézségekbe

ütköznek a költségvetési deficit finanszírozásában. Ilyen körülmények között a rendszerfenntarthatósággal kapcsolatos kérdések, illetve az egészségügyi ellátás nyújtásában a megnövelt egészségnyereség sokkal fontosabbá válnak. Ebben a fejezetben bemutatunk egy sor egészségpolitikai intézkedést, amelyek segíthetnek a döntéshozóknak e kérdések kezelésében.

Az országok gyorsan csökkenthetik kiadásait az egészségügyi szolgáltatások inputjainak a racionalizálásával, az inputok költségeinek és árának korlátozásával

Ebben az összefüggésben az egészségügyi szektorban a gazdasági válságra adott költségcsökkentő válasz két fő készletét emeltük ki: (1) az egészségügyi ellátás inputjai fölötti ellenőrzés, azok ár- és/vagy költségvetési korlátai; és (2) fokozott termelékenység (technikai hatékonyság) és hatásosság elérése jobb kínálati és keresleti ösztönzőkkel. E két politikai készlet egymással szoros kapcsolatot mutat. A nagyobb termelékenység (technikai hatékonyság) segít az átfogó pénzügyi megszorítások könnyítésén.

Az országok múltbeli tapasztalata és a jelenlegi pénzügyi kihívás mérete azt sugallja, hogy az első politikai készletre feltehetően a megszorítások korai időszakában van szükség. A bérek és az árak ellenőrzése gyakorolják valószínűleg a legerősebb rövid távú hatást, különösen, ha azok szigorú költségvetési plafonok alkalmazásával egészülnek ki.

A legtöbb OECD-országban a kormányok jelentős ellenőrzést gyakorolnak az inputok kínálata és azok árai fölött. Ennek eredményeként rövidebb időszak alatt komoly kiadáscsökkenést tudnak elérni, és ezt rendkívül széles körben alkalmazzák is, noha az egyes országokban különböző intenzitási fokkal és változó sikerrel.

Az ilyen politikákat azonban nem lehet hosszú távon fenntartani

Kizárólag a gyors költségcsökkentő megszorításokra való hagyatkozásnak megvannak a kockázatai és következményei. Amikor az egészségügyi szakemberek kínálatának csökkentését túlzottan hosszú ideig tartják fent, vagy túlzott mértékben alkalmazzák, az növelheti a béremelésre irányuló nyomást, és nehezítheti a munkaerő-kínálat növelését, amikor a költségvetési megszorítások enyhülnek. Az is lehetséges, hogy a rövid távon alkalmazott – kiadást korlátozó – intézkedések hosszabb távon növelhetik a kiadásokat – például ha a szükséges befektetések elodázódnak, és a szükséges megelőzési politikákat nem hajtják végre.

Így a kormányoknak meg kell fontolniuk a kiadáskorlátozó stratégiák megváltoztatását még az alapvető feszültségek kialakulását megelőzően és azelőtt, hogy a kormányoknak nem optimális egészségpolitikai döntéseket kelljen hozniuk. Az ilyen megközelítés egyik eleme lehet a béremelést az ellátás hatékonyságának növelését célzó mikroreformokkal összekapcsolni – például ösztönzők megnövelése a változás „megvásárlására”. Mindazonáltal ahhoz, hogy ez hiteles legyen, a béreknek és fizetéseknek követniük kell a reformok bevezetését, amit nehéz lesz elérni.

Megváltoztatni azokat az ösztönzőket, amelyekkel az egyének szembesülnek, és amelyek jobb eredményt hoznak hosszú távon

Az egészségügyi rendszerekben jelentős teljesítménytartalékok rejlenek, és széles körűek azok a poli-

tikák, amelyek nagyobb hatékonysághoz vezethetnek. Az egészségnyereség elérése azonban folyamatos erőfeszítéseket igényel azon bizonyítékszakadék bezárásához, hogy mely intézkedések képesek tényleges egészségnyereséget hozni a következő évtizedekben. A reform lehetséges útjainak felmérésekor nagy figyelmet fordítottak az egészségügyi ellátórendszer kínálati oldalára, mivel a hatékonyságban elérhető eredmények leginkább ezekről várhatók. Mindamelllett a költségmegosztás hagyományos kérdésein túllépő, ígéretes keresletoldali beavatkozásokat szintén figyelembe kell venni.

A betegségmintákban beálló változásokhoz hozzá kell igazítani az ellátás szervezésének és nyújtásának új módszereit

A kínálatoldali stratégiák komplexek, és a szolgáltatók szoros felügyeletét igénylik, hogy költséghatékony ellátást nyújtsanak. Fontos megjegyezni, hogy bármely reformnak figyelembe kell vennie az adott országban meglévő intézményi környezetet. Amint látható, igen nagy eltérések vannak az országok között – a jövő lehetőségeit befolyásoló – forrásfelhasználás szintjében és mintájában. Az elemzésben megjelenített kínálatoldali politikák között szerepel:

- A vásárlói-szolgáltatói funkciók szétválasztását meg kell erősíteni, hogy monitorozható legyen a jobb rendszerteljesítmény. A vásárlói-szolgáltatói funkciók szétválasztása lehetőséget teremt az egészségügyi ellátórendszeren belüli felelősségek világosabb azonosítására és potenciálisan a jobb irányításra. Ez segíthet a szükségletek azonosításában és annak monitorozásában, hogy az egészségügyi rendszer hozzáférési és minőségi céljai teljesülnek-e. Mindazonáltal az ilyen intézkedések – amelyek különféle formát ölthetnek – nagyszámú információt kívánnak meg, hogy lehetővé váljon a megfelelő ellenőrzés.
- A legtöbb OECD-ország valószínűleg nem teljes mértékben igazodott a krónikus betegségek súlyának növekedéséhez és a járóbeteg-környezetben nyújtott kezelések lehetőségeihez. Így az országoknak fel kell tárniuk azokat az alapellátási vagy járóbeteg-ellátási modelleket, amelyek jobban adaptálhatók a változó epidemiológiai helyzethez. A járóbeteg-ellátásban hatékonyabban kell kihasználni az erőforrásokat, és ennek megalapozásához új finanszírozási módszereket – például különféle „eredményfüggő” módszereket – kell kialakítani.
- A kórházi szektorban az egészségügyi erőforrások jobb felhasználásán és a jobb szervezésen keresztül figyelemre méltó hatékonysági eredményeket lehet elérni. Az elmúlt két évtizedben az ágyszámok nagyarányú csökkentése dacára a kórházi szektor marad az egészségügyi kiadások legnagyobb összetevője. A prospektív fizetési módszerek bevezetése valószínűleg kedvezően hat a hatékonyságra, ha ezek szigorú tevékenységi ellenőrzéssel együtt valósulnak meg. A jobb szolgáltatásfinanszírozási módszerek kialakítása az egyik olyan funkció, amelyet az egészségügyi ellátás vásárlóihoz lehet delegálni.
- Az ösztönzők kialakításának egyaránt nagyobb szerepe lehet a járó- és fekvőbeteg-szektorban, ami a piacok nagyobb játéktéréből eredhet. Az ilyen intézkedések egyre népszerűbbé válnak számos országban (Németország, Hollandia, Svájc és az USA). Ugyanakkor egy versenyzői modell olyan környezetben való bevezetése, amely tele van piaci kudarcokkal, nehezíti teszi annak megjósolását, hogy az ilyen intézkedések valóban nagyobb hatékonysághoz és alacsonyabb költségekhez vezetnek-e.

- Az információs technológia alkalmazása és a szolgáltatók gyakorlatának elektronizálása értéket teremthet az egészségügyi rendszerekben az ellátás koordinációjának javításával, az orvosi tesztek megkettőződésének minimalizálásával, a kérelmek elbírálásával összefüggő igazgatási költségek csökkentésével és az ellátás minőségének lehetséges növelésével, ahol ezt monitorozzák.

Több figyelmet kell fordítani a keresletoldali kérdésekre

A páciensek által fizetett díjakban meglévő egyes különbségek azt sugallják, hogy valószínűleg lehetőség van az egészségügyi ellátás költségeinek nagyobb hányadát a felhasználókra terhelni, legalábbis azokban az országokban, ahol az önrészfizetés a teljes egészségügyi költségek elenyésző részét teszi ki, és ahol a sérülékeny csoportok megfelelő védelemben részesülnek. A magas költségű egészségügyi ellátás szintén csökkenthető a költséghatékony megelőzéssel.

Ebben a tanulmányban azt is bemutattuk, hogy az egyes országok között az egészségügyi ellátórendszerek keresletében/igénybevételében nem megmagyarázhatóan nagy különbségek léteznek. Az egyik lehetőség az, hogy néhány ország jobb a megelőzésben, mint mások. A költséghatékony megelőzés lehet az egyik módja a gyógyító ellátás iránti igény csökkenésének. Ugyanakkor lehetőség van arra is, hogy az alapellátás kapuőri szerepre vonatkozó vagy az ellátás koordinációját célzó intézkedésekkel további megtakarításokat érjünk el, és ezzel a betegeket becsatornázzuk a legmegfelelőbb ellátási szintekre, és megelőzzük a magas költségű fekvőbeteg-ellátást.

A költséggörbe „meghajlítása” megkívánja, hogy foglalkozzunk a technológiai változással

Az egészségügyi közkiadások növekedésének fenntartható korlátozása (lásd a 3. foratókönyvet a 2.1. ábrában) azonban megköveteli, hogy foglalkozzunk a technológiai változással, amely az egészségügyi kiadások egyik kulcsfontosságú meghatározója. Mindeddig a legtöbb ország képes volt garantálni, hogy a legfőbb beavatkozásokat a közfinanszírozott egészségügyi ellátások alapvető csomagja tartalmazza. Ha a technológiai változás felgyorsul – amint azt néhány tanulmányíró sugallja (Aaron 2003), az egészségügyi hatóságoknak sokkal szelektívebbé kell válniuk, hogy mit tartalmazzon az alapsomag.

Hivatkozások

- Aaron, H. (2003): Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health-care Spending? *Health Affairs*, January.
- Bourgueil, Y. et al. (2006): *Vers une coopération entre médecins et infirmières – L'apport des expériences européennes et canadiennes*. DREES, Série Études, No. 57, Paris.
- CBO – Congressional Budget Office (2005): *High-Cost Medicare Beneficiaries*. Washington DC, available at www.cbo.gov/showdoc.cfm?index=6332&sequence=0.
- CBO – Congressional Budget Office (2008): *Technological Change and the Growth of Health Care Spending* Washington DC.

- Docteur, E. and Oxley, H. (2004): *Health System Reform: Lessons from Experience*. Towards High Performing Health Systems: Policy Studies, Paris, OECD Publishing.
- Docteur, E. and Paris, V. (2009): *Ensuring Efficiency in pharmaceutical pricing*. Achieving Better Value for Money in Health Care. OECD Publishing, Paris.
- Economou, C. and Giorno, C. (2009): *Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece*. OECD Economics Department Working Paper, No. 722, Paris, OECD Publishing.
- Farrell, D. et al. (McKinsey Global Institute) (2008): *Accounting for the Cost of U.S. Health Care: A New Look at Why Americans Spend More*. available at www.mckinsey.com/mgi/publications/US_healthcare/index.asp.
- Figueras, J., Robinson, R. and Jakubowski, E. (eds.) (2005): *Purchasing to Improve Health System Performance*. Open University Press and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Fujisawa R. and Lafortune, G. (2008): *The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What Are the Factors Explaining Variations Across Countries?* OECD Health Working Paper, No. 41, Paris, OECD Publishing.
- Grytten, J., Carlsen, F. and Skau, I. (2008): Primary Physicians' Response to Change in Fees. *European Journal of Health Economics, HEPAC, Health Economics in Prevention and Care*, 9 (2), 177–125.
- Hofmarcher, M. M. et al. (2007): *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. OECD Health Working Paper, No. 30, Paris, OECD Publishing.
- IGAS (2006): *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de 'disease management'*. Rapport présenté par Pierre Louis Bras, Gilles Duhamel et Etienne Grass, Paris.
- Imai, Y. and Oxley, H. (2004): Managing Public Costs in the Japanese Health and Nursing Care Sector. *Osaka Economic Paper*, 58 (2, September).
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001): *Crossing the Quality Chasm, A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC, National Academy Press.
- Journard, I. et al. (2008): *Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency*. OECD Economics Department Working Paper, No. 627, OECD Publishing, Paris.
- Klazinga, N. and Ronchi, E. (2009): *Improving Data Systems to Promote Quality of Care*. Achieving Better Value for Money in Health Care. Paris, OECD Publishing.
- Light, D. (2001): Managed Competition, Governmentality and Institutional Response in the United Kingdom. *Social Science and Medicine*, 52 (8), 1167–1181.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds.) (1999): *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate.
- Mulley, A. (2009): The Need to Confront Variation in Practice. *British Medical Journal*, 339, 1007–1009.
- Newhouse, J. P. (1992): Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives*, 6, 3–21.
- OECD (2004): *Towards High Performing Health Systems* Paris, OECD Publishing.
- OECD (2005): *Towards High Performing Health Systems*. Paris, OECD Publishing.

- OECD (2006): *Competition in the Provision of Hospital Services*. DAF/COMP(2006)20, Paris, OECD Publishing.
- OECD (2008a): *The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond*. Paris, OECD
- OECD (2008b): *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2009): *Health at a Glance*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2010a): *OECD Health Data*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2010b): *Obesity and the Economics of Prevention*. Paris, OECD Publishing.
- Oxley, H. (2009): *Policies for Healthy Ageing: An Overview*. OECD Health Working Paper, No. 42, OECD Publishing, Paris, February.
- Paris, V. et al. (2010): *Health System Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. OECD Health Working Paper, Paris, OECD Publishing.
- Rapoport, J., Jacobs, P. and Jonnson, E. (2009): *Cost Containment and Efficiency and in National Health Systems: A Global Comparison*. Weinheim, Wiley.
- Schoen, C. (2007): *Bending the Curve: Options for Achieving Savings and Improving Value in Health Spending*. Presentation, The Commonwealth Fund, 18 December.
- Shortell, S. (2009): Bending the Cost Curve: A Critical Component of Health Care Reform. *JAMA*, 302 (11), 1223–1224.
- Smith, P. (2009): *Market Mechanisms and the Use of Health-care Resources*. Achieving Better Value for Money in Health Care. Paris, OECD Publishing.
- Smith, S. et al. (2009): Income, Insurance and Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth. *Health Affairs*, 28 (5), 1276–1284.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK FINANSZÍROZÁSA AZ EURÓPAI UNIÓBAN – KIHÍVÁSOK ÉS POLITIKAI VÁLASZOK*

(Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos)

4. fejezet: Következtetések és politikai ajánlások

[...]

4.1. Melyek azok a reformok, amelyek valószínűsíthetően a leginkább hozzájárulnak a fenntarthatóság növeléséhez?

Sokan azok közül, akik felhívják az egészségügyre és a szociális biztonság egyéb formáira fordított jelenlegi kiadások és a jövőben várható kiadások közötti szakadékra, arra a következtetésre jutnak, hogy e szakadék csökkentésének egyetlen módja az, ha az eddiginél nagyobb mértékben támaszkodunk a magánfinanszírozásra (Bramley-Harker et al. 2006). Elismerve ugyan a magánfinanszírozás hiányosságait, mégis azzal érvelnek, hogy a magánfinanszírozás növelése elkerülhetetlen, amennyiben az egészségügyi rendszereknek a jövőbeli kiadásokra háruló kényszerek között is fenntarthatónak kell lenniük.

Mi azonban megkérdőjelezzük e megközelítés érvényességét. Véleményünk szerint az egészségügyi rendszerek gazdasági és pénzügyi fenntarthatóságának biztosításában két feltétel megléte alapvető: *Először* is, az egészségügyi rendszereknek megfelelő bevételeket kell generálnia, hogy kezelni tudja a betegségek terheit és javítsa a népesség egészségét. Ez egyaránt gazdasági és pénzügyi megfontolás. Ha egy egészségügyi rendszer nem képes elegendő bevételt képezni az egészségi állapot javítására, az saját létezését, illetve azon (másodlagos) szerepét kérdőjelezi meg, hogy képes-e a gazdaságot egészséges munkaerővel ellátni. *Másodszor*, az egészségügyi rendszereknek biztosítaniuk kell, hogy a költségekkel szemben értéket szolgáltatnak: az egészségügyi ellátások hasznának ellensúlyoznia kell a társadalom által viselt költségeket. Ez ismét egyaránt gazdasági és pénzügyi megfontolás. Az egészségügyi ellátásokat finanszírozó erőforrások esetében is jelen van a „használdozatikköltség” (*opportunity-cost*), ezért az egészségügyi ellátásokra fordított magasabb kiadásoknak kézzelfogható előnyöket kell hoznia. Ahol az egészségügyi ellátásokra nehéz több közfinanszírozást mozgósítani, ott a politikai döntéshozóknak meg kell találniuk azokat a módokat, amelyekkel a meglévő forrásokat megfelelően használják fel.

Mi azzal érvelünk, hogy a méltányosság mindkét feltétel teljesítésében központi elemként jelenik meg;

* Forrás: Sarah Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossialos (2009): *Financing health care in the European Union – Challenges and policy responses*. Chapter 4: Conclusions and policy recommendations; details from 3.4 From passive reimbursement to strategic purchasing of health services. Observatory Studies Series N° 17, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organisation, 89–99. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf

ha az egészségügyi ellátásokra fordított költségek az egészségnyereség maximalizálását célozzák, a politikai döntéshozóknak biztosítaniuk kell, hogy az egészségügyi erőforrások az egészségügyi szükségleteknek (semmint az egészségügyi ellátások iránti fizetőképességnek) felelnek meg.

Az 1. fejezetben a pénzügyi fenntarthatóság biztosítására három lehetséges eszközt ajánlottunk: a meglévő források zömét úgy kell rendelkezésre bocsátani, hogy azok biztosítsák, hogy a kiadások egészségnyereséget eredményeznek („*value for money*”); a közfinanszírozású forrásokat növelni kell az egészségügyi ellátásban; vagy az egészségügyi rendszer kötelezettségeit addig kell csökkenteni, hogy azok a jelenlegi költségvetési keretből megvalósíthatók legyenek. Az elemzésünk felhívja a figyelmet az egészségügyi ellátások finanszírozása kialakításának fontosságára. Bemutatjuk, hogy az a mód, ahogyan finanszírozzuk az egészségügyi ellátásokat, erőteljes hatást gyakorol az egészségügyi rendszer pénzügyi fenntarthatóság biztosításával kapcsolatos képességére. Fontos látni, hogy míg az előbb említett első két eszköz szintén hozzájárul a gazdasági fenntarthatóság garantálásához, a harmadik eszköz nagy valószínűséggel aláássa azt. Most összefoglaljuk a 3. fejezetben felvetett néhány kulcskérdést, és megtárgyaljuk, hogy a különböző reformok hogyan járulnak hozzá a gazdasági és pénzügyi fenntarthatósághoz. Ezt követően megvizsgáljuk, hogy melyik az az egészségfinanszírozási rendszer, amelyik a legmegfelelőbbben kezeli a fenntarthatósági kérdést.

A 3. fejezetben az egészségügyi finanszírozással kapcsolatos reformokat több területen vizsgáltuk:

- több bevétel generálása a közfinanszírozási alapok beszedésének maximalizálásával – például a társadalombiztosítási járulékok plafonjának feloldásával és/vagy az adó- és társadalombiztosítási járulékok együttes beszedésén keresztül a felelősség központosításával;
- a vegyes járulékmechanizmusok megváltoztatása, például a társadalombiztosítási járulékokra, a központi vagy helyi adókra való támaszkodás növelésével, vagy a magánfinanszírozás – magán-egészségbiztosításon és költségmegosztáson keresztüli – kiterjesztésével;
- a széttagolt kockázatközösség kezelése a kockázatközösségek számának csökkentésével, és egyes esetekben egyetlen nemzeti kockázatközösség létrehozásával;
- a közfinanszírozott egészségbiztosítási lefedettségre való jogosultság korlátozásával vagy kiterjesztésével, és/vagy az ellátások meghatározásának megkísérlésével (gyakran az egészségügyi technológiaértékelés (HTA) alkalmazásán keresztül);
- a szolgáltatások passzív kifizetésétől az egészségügyi szolgáltatások aktív vásárlása felé történő elmozdulással, például a szolgáltatásvásárlási funkciónak a szolgáltatásnyújtástól való elkülönítésével, a stratégiai erőforrás-allokáció bevezetésével vagy a vásárlók közötti versennyel, és/vagy a szolgáltatók díjazásának reformjával.

A finanszírozási alapok begyűjtésének központosított rendszere, úgy tűnik, jobban képes kikényszeríteni a járulékok beszedését (abban a helyzetben, ahol ez kérdéses), ezért sikeresebb a bevétel generálásában, mint azok a rendszerek, amelyekben az egyes egészségbiztosítási alapok gyűjtik be a járulékokat. Ez azonban

részben tükrözi a beszedő testület természetét: a befizetők az adóhatóságokat a biztosítási alapoknál nehezebben tudják büntetlenül kikerülni.

A központosított járulékarány meghatározásának ellenállhatnak, ha az alapoknak hagyományosan megvan az a joguk, hogy saját járulékrátájukat meghatározhassák, de ez nem lehetetlen, ahogy azt a közelmúlt német reformjai mutatják. Ez egy fontos lépés a méltányosság biztosítása felé, hiszen csökkentheti a kockázatkiigazítással összefüggő tranzakciós költségeket, mivel a kockázatkiigazítási mechanizmusnak többé már nem kell kompenzálnia a különböző járulékarányokat. Ráadásul a módszer csökkentheti az egészségbiztosítási alapok kockázatkiigazítással szembeni ellenállását.

A régi tagállamok közül néhány – a foglalkoztatáshoz kötött jövedelemalap szélesítésével – lépéseket tett a közbevételek fellendítésére. Mind Franciaország, mind pedig Németország – az adóbeszedésen keresztül – növelte a keresetekkel nem összefüggő jövedelmekre való támaszkodást. Ez a lépés valószínűleg hozzájárul a pénzügyi fenntarthatósághoz olyan körülmények között, mint a munkanélküliség, az informális gazdaságok és az önfoglalkoztatás növelése, valamint a nemzetközi versenyképesség és a függőségi arányok változása. Ezzel szemben az 1990-es években számos kelet-közép-európai új tagállam elmozdult az adóalapú finanszírozástól a foglalkoztatással összefüggő társadalombiztosítási járulékok bevezetése felé. Sajnálatosan ezekben az országokban a gazdasági és pénzügyi helyzet különösen nem kedvez a foglalkoztatásalapú biztosításnak az informális gazdasági tevékenység és a munkanélküliség magas foka miatt. Ebből következően a kormányzatok általában továbbra is az adóbeszedésekre hagyatkozva generálnak elegendő mennyiségű bevételt. Bizonyos esetekben ezt a társadalombiztosítási „rendszer” bukásaként tekintik. Mindazonáltal ezt inkább talán előnyként kéne felfogni. A kormánytól és a szolgáltatóktól bizonyos függetlenséget élvező új vásárlói testületek létrehozásának lehetséges előnyét fent lehet tartani, még akkor is, ha az adófinanszírozás folytatódik. Valójában új járulékmódszerek bevezetésekor az adóbeszedés biztosítását célzó módok megtalálása lényeges lehet a megfelelő jövedelem biztosításában és a foglalkoztatásalapú társadalombiztosítás bizonyos korlátainak kezelésében.

Az a nyilvánvaló trend – amely az újabb és régebbi tagállamokban egyaránt látható –, hogy a közfinanszírozott egészségügyi források nemzeti kockázatközösségét hozzák létre, üdvözlendő. Az egészségügyi kockázatok egyetlen, országos kockázatközössége az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés esélyegyenlőségének az alapköve, ami szintén elősegíti a hatékonyságot a betegség pénzügyi kockázatát érintő bizonytalanság ellensúlyozásával. Továbbá a kockázatközösség szétaprózódásának a minimalizálása a biztosítás adminisztrációjának a hatékonyságát is javíthatja.

A kockázatközösséggel kapcsolatos másik üdvözlendő trend a – történelmi bázison, a politikai tárgyalásokon vagy az egyszerű fejkvótán alapuló – (egészségbiztosítási alapokhoz vagy a területi „vásárlókhoz” történő) forrásallokációtól a kockázatkiigazított fejkvótán alapuló stratégiai forrásallokáció irányába való elmozdulás. Ez kezelheti a helyi adózással vagy az egyes egészségbiztosítási alapok általi beszedéssel összefüggő egyenlőtlenségeket, ami hatalmas lépés lehet afelé, hogy a források a szükségleteknek megfelelőek legyenek, és az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés méltányos legyen.

Néhány tagállam bevezette a vásárlók (egészségbiztosítási alapok) közötti versenyt. Ez jó módszernek tű-

nik az aktív vásárlás fokozására, ugyanakkor a gyakorlatban a verseny ilyen formájának költségei túlnőhetnek annak valódi előnyein, a biztosítók általi kockázatszelekciót kiváltó ösztönzők miatt. Belga, francia és német példák igazolják, hogy a kockázatkiigazítási módszerek gyengíthetik ezeket az ösztönzőket, de nem képesek azokat megszüntetni (van de Ven et al. 2007).

Az elmozdulás a szolgáltatások passzív térítésétől a szolgáltatások stratégiai vásárlása irányába, egy lépés az erőforrások szükségleteknek való megfelelése és az „értéket a pénzért” („value for money”) elv érvényre jutása felé. Az egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatók végső soron az egészségügyi ellátásokkal összefüggő kiadások nagy arányát generálják, tehát annak a feltételnek a teljesítése, hogy szolgáltatásaikat méltányos módon nyújtják – megfelelő minőségben és arányos költségen –, egyaránt központi elem a gazdasági és a pénzügyi fenntarthatóság biztosításában. Mindazonáltal sok tagállamban a vásárlás reformja még nem megfelelően fejlett. Bizonyos esetekben a vásárlók számára nem biztosítottak a megfelelő ösztönzők vagy eszközök, amelyekkel megkísérelhető a stratégiai vásárlás. A szolgáltatók díjazásával kapcsolatban a tisztán szolgáltatási díjfizetés (fee for services, FFS) térítésétől egy bonyolultabb, összetettebb díjazási rendszer felé való elmozdulás – amely a mennyiségre és a minőségre egyaránt hangsúlyt fektet – ígéretes. Ugyanakkor ismételten hangsúlyozni kell, hogy a reformokat nem mindig hajtják végre megfelelően, több igényt kell kielégíteni, különösen a díjfizetés teljesítményhez való kapcsolásában, a minőség és az egészségügyi eredmények szempontjából nézve.

Számos ország tett erőfeszítést a népesség biztosítási lefedettségének növelésére, és ebből következően a legtöbb tagállamban jelenleg univerzális biztosítási rendszer működik. Mindazonáltal a lefedettség terjedelme (a szolgáltatási csomag) és mélysége (a költségek mekkora hányadát fizeti a biztosító) ugyanannyira fontos, mint annak univerzalitása, és az a – néhány országban megfigyelhető – trend, hogy csökkentik a társadalombiztosítás terjedelmét és mélységét, aláássák az egyének pénzügyi védelmét. A biztosítási lefedettség terjedelmének és mélységének meghatározását célzó törekvéseknek rendszeresnek és bizonyítékalapúnak kell lennie, hogy biztosítsa az „értéket a pénzért” elv érvényesülését. Az egészségügyi technológiaértékelést egyre szélesebb körben alkalmazzák a társadalombiztosítás általi finanszírozási döntések és az ellátások meghatározása érdekében. Ugyanakkor ennek alkalmazása sok tagállamban még mindig meglehetősen korlátozott, bizonyos esetekben pénzügyi és technikai akadályok miatt, míg másokban a végrehajtás politikai korlátok – így a betegcsoportok, szolgáltatók és (többnyire gyógyszer)gyártók ellenállása – miatt korlátozott.

A költségmegosztást számos tagállamban bevezették és kiterjesztették, míg másokban csökkentették. Bár ezt az eszközt a költséghatékony felhasználási minták ösztönzésére alkalmazzák, meglehetősen csekély a hatékonyságjavulást igazoló, rendelkezésre álló bizonyíték. Ahol a költségmegosztást a szakorvosokhoz való közvetlen hozzáférés megfigyelésére használják, ott néhány bizonyíték már van arra, hogy a szakorvosi ellátáshoz való hozzáféréssel összefüggő egyenlőtlenségek növekednek (azaz azoknak, akik meg tudják fizetni az önköltséget, jobb hozzáférésük van). Jelenleg nem tudunk olyan bizonyítékkal szolgálni, amely igazolná, hogy a költségmegosztás a gyógyszer- vagy más egészségügyi szegmensekben tartós kiadáskorlátozáshoz vezetne. Továbbá – az orvos-beteg kapcsolatban meglévő információs aszimmetria miatt – a betegek nem feltétlenül a legköltséghatékonyabb ellátást „vásárolják” meg.

Mivel az egészségügyi ellátási kiadások (beleértve a gyógyszerköltségeket is) tetemes részét a szolgáltatók generálják, a törekvéseknek a racionális gyógyszerfelírásra és a kezelések költséghatékony nyújtására kell összpontosítaniuk. A reformtapasztalatok egyik tanulsága az, hogy a költségmegosztást körültekintően kell kialakítani, hogy a hozzáféréssel kapcsolatos korlátokat minimalizálni lehessen. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a szegényebbek és a krónikus vagy életveszélyes betegségekben szenvedők számára térítésmentességet kell biztosítani. A költségmegosztás is lehet a „value for money” elv érvényesítésének egyik eszköze, ha körültekintően alkalmazzák.

Az európai egészségügyi rendszerekben a magán-egészségbiztosítási piacok általában a gazdagabb és képzettebb társadalmi csoportokat szolgálják, míg az idősebb és kevésbé egészséges személyek hozzáféréseiben akadályokat képeznek. E piacok gyakran széttagoltak, ami a vásárlóerőt gyengíti. A fogyasztói választás erősítésére (vagy a költségmegosztás részben megtérítésére) a biztosítóknak korlátozott ösztönzők állnak rendelkezésükre, hogy elköteleződjenek a stratégiai vásárlásban, és a szolgáltatói díjakat a teljesítményhez kapcsolják. A biztosítók azonban erősen érdekeltek lehetnek a kockázatszelekcióban a méltányosság és a hatékonyság kárára. A magánrendszerekben – szemben a közfinanszírozott rendszerekkel – általában jelentősen magasabbak a tranzakciós költségek, és ezért az igazgatási hatékonyságuk is alacsonyabb lehet.

Összefoglalóan két fő reformtrendet azonosítottunk: jelentős erőfeszítések az egészségügyi ellátások méltányos hozzáféréseinek biztosítására, különösen a régebbi tagállamokban, és az ellátások minőségének biztosítására, valamint az „értéket a pénzért” („value for money”) elv érvényesítésére (hatékonyság növelésére) vonatkozó új hangsúlyt. A régebbi tagállamok közül négy – a biztosítási lefedettség kiterjesztésével – fontos lépéseket tett az egészségügyi ellátásokhoz való méltányos hozzáférés elérésére. Belgium és Hollandia kiterjesztette a kötelező lefedettséget a korábban kizárt csoportokra, míg Németország 2009-ben először kiterjesztette a kötelező egészségbiztosítást a teljes népességre. A francia kormány a korábbi foglalkoztatásalapú jogosultságot a franciaországi lakóhelyre váltotta fel, és bevezette az univerzális egészségbiztosítási lefedettséget célzó (Couverture Maladie Universelle – CMU) rendszert a kötelező és az önkéntes ellátásokhoz való megfizethető hozzáférés végett. Továbbá, ahol a magán-egészségbiztosítás fontos helyettesítő és/vagy kiegészítő szerepet tölt be az egészségügyi rendszerben (pl. Belgiumban, Franciaországban, Németországban, 2006 előtt Hollandiában és Szlovéniában), a kormányzati piaci beavatkozás megerősödött az elmúlt években, hogy a magán-egészségbiztosításhoz való hozzáférésen keresztül megteremtse az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést, és megelőzze a magánbiztosításnak a kötelező egészségbiztosítási rendszerekre gyakorolt negatív pénzügyi hatásait. A fokozott beavatkozás többféle módon nyilvánul meg: a kötelező és a magánbiztosítás közötti határvonal szigorúbb szabályozásával (Németország), a kockázatkiegyenlítő rendszerek bevezetésével (Németország, Írország és Szlovénia), a „nyitott tagságot” (minden jelentkező elfogadását) és a közösségi (nem kockázatalapú) díjszabást alkalmazó biztosítók adómentességével (Franciaország), a „nyitott tagság” és a közösségi díjszabás kötelezővé tételével a (Belgium, Írország és Szlovénia), egy minimumellátási csomag előírása a biztosítók számára (Németország és Írország) és az alacsony jövedelmű csoportok számára támogatott magánbiztosítás nyújtása (Franciaország). A méltányos hozzáférés előse-

gítését célzó más erőfeszítések között szerepel a költségmegosztás részleteinek megfelelő kialakítása és a stratégiai erőforrás-allokáció alkalmazása.

Ami az egészségügyi finanszírozást illeti, az ellátás minőségének biztosítására és az „értéket a pénzért” elv érvényesítésére fektetett hangsúly egyértelműen látható az egészségügyi technológiaértékelés kiterjedtebb alkalmazásában, miként a stratégiai vásárlás ösztönzését célzó erőfeszítések és az eredményfüggő szolgáltatói díjazást célzó reformok.

Az egészségbiztosítással összefüggő reformokat olyan reformok egészítik ki, amelyek az ellátásnyújtás minőségének javítását kívánják támogatni. Ezzel nem foglalkoztunk ebben a tanulmányban (amely a finanszírozásra összpontosít), de a jelentős példák között említhető olyan intézmények létrehozása, amelyek az egészségügyi rendszer teljesítményét és minőségét mérik és monitorozzák; olyan kezdeményezések, amelyek ösztönzik a krónikus betegségeket és a megelőző ellátást menedzselő innovatív és költséghatékony megközelítéseket; és olyan erőfeszítések, amelyek a klinikai gyakorlatot sztenderdizálják, és ösztönzik a legjobb gyakorlatot. Az 1990-es években a régebbi tagállamokban végrehajtott reformok közül sok az egészségügyi költségek megfékezésére összpontosított (OECD 1992; Saltman és Figueras 1998; Mossialos és Le Grand 1999; Docteur és Oxley 2003; Oliver és Mossialos 2005). Miközben az országok – helyesen – nagy súlyt helyeznek az egészségügyi szektorban folyamatosan meglévő deficitprobléma megfelelő kezelésére, a kizárólagosan a deficit csökkentésére helyezett hangsúly nem biztosítja a gazdasági fenntarthatóságot, mert elterelheti a figyelmet a pénzügyi egyensúlytalansághoz vezető hatékonyságtalanságról (WHO Regional Office for Europe [Európai Regionális Iroda] 2006). A közelmúltban bevezetett számos reform részben az egészségpolitikai céloknak a kiadáskorlátozásnak való alárendeléséből keletkezett negatív hatásokat kísérli megfordítani.

A 3. fejezetben áttekintett reformok három csoportba oszthatók: amelyek valószínűleg elősegítik a finanszírozás fenntarthatóságát, amelyek valószínűleg veszélyeztetik a fenntarthatóságot, és amelyek a fenntarthatóságra vonatkozóan bizonytalan hatást gyakorolnak.

A fenntarthatóságot elősegítő reformok az alábbiakat tartalmazzák:

- a társadalombiztosítási járulékokat (a megfelelő bevétel megszerzése érdekében) kiegészítő központi adók kiterjedtebb alkalmazása;
- (a megfelelő bevétel érdekében) az alapok beszedésének megerősítése és érvényre juttatása;
- a kockázatközösség megerősítése a kockázatközösségek számának csökkentésével vagy egyetlen nemzeti kockázatközösség létrehozásával (a szükségleteknek megfelelő források biztosítása érdekében);
- a kockázatkiigazított fejkvótán alapuló stratégiai forrásallokáció (a szükségleteknek megfelelő források biztosítása érdekében);
- az egészségügyi technológiaértékelés kiterjedt alkalmazása a társadalombiztosítás általi térítési döntésekben és az ellátások meghatározásában (az „értéket a pénzért” – „value for money”) elv érvényesülése érdekében);
- a szolgáltatói díjazás eredményhez kötését szolgáló reformok, eredményen a minőséget és az egészségi

állapotjavulást érte (a szükségleteknek megfelelő források és a „value for money” érdekében – de lásd a következő bekezdést).

A fenntarthatóság szempontjából bizonytalan eredményeket hozó reformok az alábbiakat tartalmazzák:

- erősebb támaszkodás a helyi adókra (ami alááshatja a szükségleteknek megfelelő források és az „értéket a pénzért” (value for money) elv érvényesítése irányába tett erőfeszítéseket);
- a vásárlók közötti verseny (ami alááshatja a szükségleteknek megfelelő források és a „value for money” elvet célzó erőfeszítéseket);
- az alapellátásban alkalmazott finanszírozási reformok (hacsak nem körültekintően kidolgozott, nem biztosítja a szükségleteknek megfelelő forrásokat és a „value for money” elv érvényesülését);
- a DRG alkalmazása a kórházak finanszírozásában (hacsak nem körültekintően kidolgozott, nem biztosítja a szükségleteknek megfelelő forrásokat és a „value for money” elv érvényesülését).

A fenntarthatóságot veszélyeztető reformok az alábbiakat tartalmazzák:

- a társadalombiztosítási járulékra nagyobb mértékű támaszkodás (nem valószínű, hogy így elérhetők a jövőben szükséges megfelelő források);
- a magán-egészségbiztosítás kiterjesztése (nem valószínű, hogy megteremti a jövőben szükséges megfelelő forrásokat, a „value for money” elv érvényesülését vagy a szükségleteknek megfelelő forrásokat);
- egyéni egészségügyi megtakarítási számlák (Medical savings account – MSA) bevezetése (nem valószínű a jövőben szükséges megfelelő források előteremtése, a „value for money” elv érvényesülése vagy a szükségleteknek megfelelő források).

4.2. Létezik-e az egészségügyi ellátások finanszírozásának optimális módszere?

A 3. fejezetben bemutatott bizonyíték alapján azzal érvelünk, hogy a közfinanszírozás fölényben van a magánbiztosítással szemben. Ez nem meglepő, mivel a fenntarthatóságot úgy kell biztosítani, hogy az ne ássa alá az alapértékeket, mint például a finanszírozási vagy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben meglévő méltányosság. Érvelésünk azonban hatékonyságalapú is. A közfinanszírozás hozzájárul a hatékonysághoz és a méltányossághoz azzal, hogy a pénzügyi kockázattal szemben védelmet nyújt, és a betegség kockázatát elválasztja a díjfizetéstől. Azt is biztosítja, hogy a forrásokat – a fizetőképességgel szemben – a szükségletek alapján allokálják, azaz olyan elv alapján, amely a legnagyobb eredményt (egészségjavulást) eredményezheti. Ezzel szemben a magánbiztosítás esetében a kockázatokat nem, vagy csak igen korlátozott mértékben osztják meg, és a biztosítási díj fizetése a betegség kockázatától és a fizetőképességtől függ. A közfinanszírozás abban is fölényben van, hogy a stratégiai vásárlással és a csökkentett igazgatási költséggel biztosíthatja az „értéket a pénzért” („value for money”) elv érvényesülését, amely – ahogy korábban érveltünk – egyaránt központi kérdés a gazdasági és a pénzügyi fenntarthatóság biztosításában.

Az Egyesült Államok tapasztalata azt mutatja, hogy a magánfinanszírozásra erősebb támaszkodás sú-

lyosbíthatja az egészségügyi ellátás kiadásának növekedését, talán a magánbiztosítók gyenge vásárlóereje és az egyéneknek a szolgáltatókkal szembeni gyenge pozíciója miatt. Az Európai Unió régebbi tagállamai közül azok, amelyek sokkal erőteljesebben támaszkodtak a magánfinanszírozásra – akár magán-egészség-biztosításon, akár a magasabb szintű költségmegosztáson keresztül –, ugyanazok, mint amelyek a GDP százalékában többet fordítanak az egészségügyi ellátásra (nevezetesen Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország és Hollandia).

Természetesen a közfinanszírozás sem mentes a problémáktól. Ahol a társadalombiztosítási járulékok dominánsak, valószínűsíthetően problémát jelenthet a magasabb munkaerőköltség, illetve az informális gazdaság és az önfoglalkoztatás növekedésével nehézzé bizonyul a megfelelő bevételek generálása és a népesség idősödése a függőségi arányokban is elmozdulást idéz elő. A problémák vonatkozhatnak a megfelelő jövedelem generálására is, ahol az adó- és járulékbeszedés kikényszerítésével összefüggő kapacitások gyengék. Egyes társadalmi csoportok vonakodása, hogy a társadalmi javakért közösen fizessenek, és támogassák mások ellátásának költségeit – súlyosbíthatja a magas adók vagy járulékok megfizetésével szembeni ellenállást. Mindazonáltal e problémák kezelhetők, például a nem foglalkoztatásalapú jövedelmek megadóztatásával a bevételalap szélesíthető, a közszektor kapacitásaiba való befektetéssel annak hatékonysága megerősíthető, valamint a közfinanszírozás társadalmi és a gazdasági előnyeinek a bemutatásával. A finanszírozási méltányosság gyengül, ha az egészségügyi rendszereket egyre inkább a forgalmi adókból (áfa) finanszírozzák, ha a járuléklafonok csökkennek, vagy ha az adó- és járulékkikerülés gyakori. Összességében a közfinanszírozással kapcsolatos problémákat felülmúlják az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés esélyegyenlőségéből származó előnyök. Néhány országban azonban a közszektor forrásallokációja hozzájárult a hozzáférési egyenlőtlenségekhez, miközben a vásárlás nem létezett, vagy gyenge volt. Ugyanakkor van néhány olyan eset, amelyben a magán-egészségbiztosítók képesek voltak demonstrálni jobb vásárlói képességeiket (részben a vásárlói választás iránti megnövekedett szükséglet miatt). A közelmúltban egyre nagyobb igény alakult ki az egészségügyi szolgáltatások bizonyos típusai – nevezetesen a mentális egészségügyi ellátás, a tartós ápolás-gondozás és a krónikus betegségek kezelése – iránt. Az e szolgáltatásokkal – és az ellátásnyújtás integrált formáival – szembeni igény a népesség idősödésével valószínűleg egyre inkább növekszik. A szükségletekben megjelenő változásokra legjobban reagáló finanszírozási rendszer az, amely képes megerősíteni a kockázatközösséget, koordinálni és irányítani a stratégiai forrásallokációt, a forrásokat a szükségleteknek megfeleltetni, a kínálat természetét formálni és olyan ösztönzőket kidolgozni, amelyek fokozzák a szolgáltatók reagálóképességét. Úgy gondoljuk, hogy a közfinanszírozásra épülő rendszereknek sokkal nagyobb esélyük van arra, hogy a kihívásoknak megfeleljenek, mint például a magán-egészségbiztosítási rendszernek.

4.3. Egészségpolitikai ajánlások

Az egészségügyi ellátás finanszírozásának gazdasági és pénzügyi fenntarthatóságát célzó reformoknak a méltányos hozzáférés biztosítására és a költséghatékonyságra (value for money) szükséges összpontosítaniuk. Ajánlásaink a 2. és 3. fejezetben bemutatott egészségügyi finanszírozási eljárások és a reformok elemzésén alapulnak. Ki kell emelnünk azonban, hogy bizonyos intézkedések és reformok hatásának bizonyítéka hiányzik, így nem lehetünk biztosak minden kimenetben, mint ahogy abban sem, hogy a reform vajon azonos hatást gyakorol-e a különböző országokban.

E fenntartás mellett az alábbi ajánlásokat tesszük:

- Bármely reform kiindulási pontjaként körütekintő elemzést kell végezni a meglévő egészségügyi (finanszírozási) rendszerekről a gyengeségek vagy a problématerületek azonosításával, továbbá meg kell érteni azon kontextuális tényezőket, amelyek megakadályozhatják a sikeres reformot, vagy hozzájárulhatnak annak megakadályozásához.
- A döntéshozók célszerűnek találhatják, hogy a szélesebb közvélemény felé kommunikálják céljait és a reformokat megalapozó racionalitást.
- A döntéshozóknak figyelembe kell venniük az egészségügyi finanszírozási funkciók és politikák teljes tárházát, hogy ne pusztán a forrásteremtésre összpontosítsanak (járadékbeszedési, -fizetési módszerek).
- Meg kell találni a járadék- és adóbeszedés megerősítésének, érvényre juttatásának módjait, a megfelelő bevételek biztosítása és az egészségfinanszírozási rendszerekbe vetett bizalom megőrzése érdekében.
- Az egészségügyi rendszerek túlnyomóan foglalkozásalapú társadalombiztosítási járadékokból való finanszírozásában előnyt jelenthet, ha kiszélesítik a bevételi alapot, amely a keresettel nem összefüggő jövedelemre is kiterjed.
- A hatékonysághoz és a méltányossághoz való hozzájárulás mellett az alapképzést a közös pénzalapok számának csökkentésével vagy (sokkal inkább) egyetlen nemzeti közös pénzalap létrehozásával lehetne megerősíteni, ami megkönnyíti az egészségügyi rendszert átfogó stratégiai irányok kijelölését és a koordinációt.
- Korlátozni kell a magánfinanszírozásra (magán-egészségbiztosítás, egészségügyi megtakarítási számlák, önrészfizetés) való hagyatkozást! Ahol a magánfinanszírozás szerepet játszik, ott biztosítani kell a magán- és a közfinanszírozás közötti világos határokat (pl. a köz- és magánszektorban működő orvosok kettős alkalmazásának elkerülése, vagy az egyének megóvása attól, hogy a köz- és magánbiztosítás között váltásnak). Így elérhető, hogy a magánfinanszírozás ne vonjon el közforrásokat, vagy ne torzítsa el a közpénzek forrásallokációját és a prioritásokat. Ahol a magán-egészségbiztosítás jelen van, biztosítani kell, hogy a fogyasztók hozzáférjenek az árakra és a minőségre vonatkozó világos, összehasonlítható információkhoz. A fogyasztóvédelem e formája különösen fontos a 3. nem életbiztosítási irányelv miatti – a nem kiegészítő piacokra vonatkozó – nemzeti szabályozási korlátozások fényében.

- Ha egyéni önrészfizetés (*user charges*) kivetésére kerül sor, körültekintő figyelmet kell fordítani a – szisztematikus és tényalapú – költségmegosztási politika kialakítására. A pénzügyi védelem megőrizhető a szegényebbek, a krónikus vagy életveszélyes betegségekben szenvedő egyének mentesítésével. A ráfordítások megfelelő ellenértéke („value for money”) megerősíthető, ha az egyéni önrészfizetés az ellátás hatékonyságával kapcsolódik össze, így azt nem alkalmazzák olyan szolgáltatásoknál, mint az alapellátás, a megelőzés és a költséghatékony beavatkozások (beleértve a gyógyszereket) vagy az ellátáshoz való hozzáférési módszerek.
- Ajánlatos elkerülni az egészségbiztosítási megtakarítási számlák bevezetését, mivel azok az egyes társadalmi csoportok között semmilyen alapképzést (kockázatmegosztást) nem tartalmaznak, és az egyéni önrészfizetéshez hasonló számtalan problémával terhesek.
- Az informális fizetések (hálapénz) elleni küzdelem központi kérdés az egészségügyi rendszerekbe vetett közbizalom növelésében. A hálapénz komoly kihívást jelenthet más reformok sikeres végrehajtásában.
- Ösztönözni kell a stratégiai forrásallokációt annak biztosítására, hogy az egészségügyi források megfeleljenek az egészségügyi szükségleteknek. A központilag igazgatott kockázatkifizetett fejkvóta szerinti finanszírozás úgy jelent meg, mint a területi vásárlóknak elkülönített források optimális eszköze, amely az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférési egyenlőtlenségeket megelőzi. Ugyanakkor a versenyző vásárlók (egészségbiztosítási alapok) között – a kockázatszelekció ellen – alkalmazott kockázatkifizetési módszerek általában nem elég kifinomultak ahhoz, hogy megelőzzék a kockázatszelekciót. Ahol a kockázatkifizetési módszerek korlátozottak, a verseny hasznánál jóval magasabbak a költségek.
- Növelni kell az egészségügyi technológiaértékelés (HTA) szélesebb körű alkalmazását, különösen a szolgáltatások díjazásával kapcsolatos döntésekben, az ellátási csomagok meghatározásában, de ugyanígy a klinikai teljesítmény javításában. Nagyobb figyelmet kell fordítani az egészségügyi technológiaértékelés alkalmazására a nem hatásos vagy nem költséghatékony ellátások szolgáltatáscsomagból való kizárására (listáról való levételük) vonatkozó döntésekben, elsősorban nem a szolgáltatáscsomag szűkítése érdekében, hanem az értékteremtés („value for money”) végett. Figyelmet kell fordítani továbbá a kedvezményezettek és az ellátásokra, és fontolóra venni, mely csoportok azok, amelyek számára bizonyos beavatkozások a legkedvezőbbek.
- A vásárlói és szolgáltatói díjazási rendszereket úgy kell kialakítani, hogy azok ösztönzőket teremtsenek a hatékonyságra, a minőségre és a produktivitásra (termelékenységre). Különösen igaz ez a szolgáltatók díjazásának minőség- és egészségügyi kimenetek szempontú teljesítményével való összekapcsolásra. Figyelmet kell fordítani továbbá a díjazási módszerek körültekintő monitorozására, hogy elkerüljük a költségek áthárítását, a kockázatszelekciót és a szabályozók kijátszását. Ez különösen fontos, mivel az országok a kórházfinanszírozásban egyre növekvő mértékben a DRG-re hagyatkoznak.
- Az igazgatási hatékonyságot pedig a funkciók és feladatok megduplázódásának minimalizálásával lehet elősegíteni.
- Végül az egészségügyi rendszer fenntarthatóságával kapcsolatos politikai viták főként arra összpontosítottak, hogy mennyit kell fordítanunk az egészségügyi ellátásokra. Bár ez a kérdés valóban releváns, más

kérdésekkel is ki kell ezt egészítenünk, így például azzal, hogy jelenleg mely egészségügyi szolgáltatásokat (beleértve a gyógyszereket) érdemes finanszírozni, és mi ennek a lehető legjobb módja. A jövőben az egészségügyi ellátásokra fordított kiadások nem lehetnek feltétel nélküliek – sőt azoknak mindig igazolniuk kell majd, hogy a pénzkidrással értéket (egészségi állapotjavulást) teremtettek.

Hivatkozások

- Bramley-Harker, E. et al. (2006): *Mind the gap: sustaining improvements in the NHS beyond 2008*. London, NERA Economic Consulting, Frontier Economics and BUPA.
- Docteur, E. and Oxley, H. (2003): *Health care systems: lessons from the reform experience*. OECD Health Working Papers 9. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999): Cost-containment in the EU: an overview. In E. Mossialos and J. LeGrand: *Health care and cost-containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate, 1–154.
- OECD (1992): *The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Oliver, A. J. and Mossialos, E. (2005): European health system reforms: looking backward to see forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1–2), 7–28.
- Saltman R. B. and Figueras, J. (1998): Analysing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs* (Millwood), 17 (2), 85–108.
- van de Ven, W. P. M. M. and Ellis, R. P. (1999): Risk adjustment in competitive health plan markets. In J. P. Newhouse and A. J. Culyer: *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 755–645.
- WHO Regional Office for Europe (2006): *Approaching health financing policy in the WHO European region*. Paper prepared for the WHO Regional Committee for Europe, fifty-sixth session, Copenhagen, 11–14 September 2006. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSA AZ EURÓPAI UNIÓBAN – KIHÍVÁSOK ÉS POLITIKAI VÁLASZOK*

(Sara Thomson, Thomas Foubister, Elias Mossailos) (Részletek)

2.2. A finanszírozási alrendszerek leíró elemzése

Alapképzési (pooling) stratégiák

Az egészségügyi ellátások finanszírozására közbeszedett alapokat a legtöbb tagállamban egy nemzeti közös pénzalapba gyűjtik, ami azt jelenti, hogy egyetlen közös pénzalap létezik (lásd 2.3. táblázat). A kivételeket azok a tagállamok jelentik, amelyek az egészségügyi ellátásokat helyi adókból finanszírozzák, illetve azon tagállamok, amelyekben az egyes egészségbiztosítási alapok felelősek saját társadalombiztosítási járulékaik beszedéséért. Az előző esetben általában működtetnek olyan rendszereket, amelyek újraosztják a forrásokat a régiók között, így kompenzálva az alacsonyabb adóalappal bíró szegényebb régiókat. Az utóbbi esetben a pénzalapok száma eltérő: Szlovákiában 5, a Cseh Köztársaságban 9, Ausztriában 21, Görögországban több mint 30 és Németországban hozzávetőleg 290 egészségbiztosítási alap működik. Ezekben a tagállamokban (Görögországot kivéve) is tesznek erőfeszítéseket arra, hogy az egészségbiztosítási alapok között újraosszák a forrásokat azon alapok kompenzálására, ahol magasabb a szegényebb tagok és/vagy a magasabb kockázatú csoportok (pl. idősök) aránya. Az újraosztott források összege változó: a Cseh Köztársaságban 60%, míg Szlovákiában ez az arány 85%, Ausztriában és Németországban pedig 100%. Ebből következően tehát Ausztriában és Németországban gyakorlatilag egyetlen nemzeti közös pénzalap van. Csehországban is tervezik a források 100%-os újraelosztását, Németországban pedig 2009-től a társadalombiztosítási járulékok nemzeti közös alapba – egy új országos egészségbiztosítási alapba – kerülnek. Egyes országokban – így például Ausztriában – az abból eredő hatékonysági veszteségnél, hogy minden egyes egészségbiztosítási alap saját járulékait szedi be, nagyobb lehet bizonyos kulturális faktorokból származó előny (pl. a tagoknak az adott alapokhoz tartozás érzése). A forrásbeszedő szervezetek (amelyek általában szintén vásárlók) közötti verseny az Európai Unióban viszonylag ritka (lásd később).

Szolgáltatások vásárlása

A vásárlás az összegyűjtött pénzalapok szolgáltatóknak való átruházását jelenti, a népesség nevében, lehetővé téve ezzel az egyének biztosítás általi „lefedettségét”. A szolgáltatások vásárlásának módja alapvető fontosságú a szolgáltató szervezet hatékonyságának és a minőségi ellátások nyújtásának a biztosításához. Mindez hatással lehet az egészségügyi ellátásokhoz való méltányos hozzáférésre és az irányítási hatékonyságra.

* Forrás: Sara Thomson, Thomas Foubister, and Elias Mossailos, (2009): *Financing health care in the European Union – Challenges and policy responses*. Chapter 2.2.: Descriptive analysis of financing arrangements; and details from Chapter 3.4.: Strategic resource allocation. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series N° 17, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 36–40. and 81–82. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf

ságra is, és valószínűleg komoly hatást gyakorol a költség-ellenőrzési képességre és a pénzügyi fenntarthatóságra. A szervezetek széles köre bonyolíthatja le a vásárlást. A kulcskérdések között szerepel a piaci struktúra és a vásárlási módszerek (pl. szerződéskötés, szolgáltató díjazása és monitorozás).

2.3. táblázat: A járulékok beszedésének módja, a közös pénzalapok és a vásárlói piaci struktúra az Európai Unióban, 2007

Ország	Piaci struktúra	Közös pénzalapok (száma)	Vásárlók (száma)	Kockázatkiigazított (újra)elosztás (kockázati tényezők)
Ausztria	Többszörös, nem versenyző, foglalkozásalapú alapok, amelyek beszedik a járulékokat, alapot képeznek és vásárolnak	Alapok (21)	Alapok (21)	Az alapok forrásainak 100%-a újraelosztásra kerül az egy főre jutó járulékjövedelem, az eltarítottak és nyugdíjasokra fordított kiadások és a „nagyvárosi tényező” alapján.
Belgium	Központi forrásbeszedés, versenyző alapok vásárlása, az alap szabad választása (kivéve: vasúti dolgozók)	Nemzeti (1)	Alapok (7)	Az alap a költségvetésének 30%-át elkülönített fejkvóta szerint kapja. A fejkvóta kiigazított a biztosítási státuszra (nyugdíjasok, rokkantak, özvegyek), korra, nemre, háztartás összetételére, munkanélküliségi arányra, jövedelemre, halálózási arányra, urbanizációs fokra és a munkanélküliségi státuszra vonatkozóan.
Bulgária	Központi beszedés. Szolgáltatásvásárló: nem versenyző területi alapok	Nemzeti (1)	Regionális alapok (28)	A nemzeti alap a forrásokat 28 regionális alapnak osztja el a népesség mérete, kormegoszlása, a történelmileg kialakult elosztások és a jövőbeli egészségügyi ellátás iránti szükséglet alapján.
Ciprus	Központi beszedés és közös alap. Egyetlen vásárló. Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Nemzeti (1)	Egészségbiztosítási Szervezet (1)	Az Egészségügyi Minisztérium tervezi a források elosztását az Egészségbiztosítási Szervezetnek (a reform továbbra sem került teljes mértékben végrehajtásra).
Cseh Köztársaság	Versenyző alapok végzik a beszedést, az alapképzést és a vásárlást	Alapok (9)	Egészségbiztosítási alapok (9)	Az Általános Egészségbiztosítási Alap osztja szét az alapok 60%-át, fejkvóta alapján, amely az idősek (65 éves kor feletti) aránya szerint kiigazított. Tervek vannak a 100%-os újraelosztásra, további kockázati tényezők alkalmazásával.
Dánia	Központi és helyi beszedés. Nem versenyző területi vásárlók. Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Régiók (5) Önkormányzatok (98)	Régiók (5) Önkormányzatok (98)	A megyék és az önkormányzatok közötti újraelosztás alapja a kormegoszlás, az egyszerűsített háztartásokban élő gyermekek száma, a bérletlakások száma, a munkanélküliség, az oktatás, a bevándorlás, a társadalmi depriváció és az idősek aránya.

folytatódik

Ország	Piaci struktúra	Közös pénzalapok (száma)	Vásárlók (száma)	Kockázatkiigazított (újra)elosztás (kockázati tényezők)
Egyesült Királyság	Központi beszédés és alapképzés. Nem versenyző területi vásárlók	Nemzeti (1)	Alapellátási Alapok (152)	Az Egészségügyi Minisztérium végzi az Alapellátási Alapok közötti elosztást, a kockázatkiigazítási fejkvóta képlete alapján.
Észtország	Központi beszédés és alapképzés. Nem versenyző területi alapok vásárolnak	Nemzeti (1)	Regionális alapok (4)	Az Adóhatóság átadja a Nemzeti Alapnak, amely fejkvóta szerint elosztja a négy regionális alapnak kor szerinti fejkvóta-kiigazítással.
Finnország	Központi és helyi beszédés és alapképzés. Nem versenyző területi vásárlók Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Önkormányzatok (416)	Önkormányzatok (416)	A központi kormányzat fejkvóta szerint elosztja a támogatásokat az önkormányzatok között kor, munkanélküliség, morbiditás szerinti fejkvóta-kiigazítással, további kiegészítő kritériumok szerint a távoli területek és a szigetvilágban működő önkormányzatok esetében. A támogatások az önkormányzati egészségügyi kiadások 25%-át teszik ki.
Franciaország	Központi beszédés és alapképzés Nem versenyző, foglalkozásalapú alapok vásárlása	Nemzeti (1)	Egészségbiztosítási alrendszerek (3)	Az egészségbiztosítási alrendszereket célzó elosztás kor és nem szerinti fejkvóta-kiigazítással történik. Az általános rendszer a népesség 85%-át fedi le.
Görögország	Pénzügyminisztérium (PM) és nem versenyző foglalkozásalapú alapok végzik el a beszédést, az alapképzést és a vásárlást	PM (1) Alapok (> 30)	Egészségügyi Minisztérium és alapok (> 30)	Nincs
Hollandia	Központi beszédés és alapképzés. Versenyző alapok vásárolnak	Nemzeti (1)	Alapok (19)	A források 100%-a elosztásra kerül kor, nem, gyógyszerfogyasztás és főbb diagnózis csoportok szerinti fejkvóta-kiigazítással.
Írország	Központi beszédés és alapképzés. Egyetlen alap vásárol. Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Nemzeti (1)	Egészségügyi szolgáltató hivatal (1)	Nincs elérhető információ.
Lengyelország	Központi beszédés és alapképzés. Egyetlen alap vásárol	Nemzeti (1)	Nemzeti alap (1)	Nincs elérhető információ.
Lettország	Központi beszédés és alapképzés. Egyetlen alap vásárol	Nemzeti (1)	Regionális alapok (8)	A Nemzeti Egészségbiztosítási Alap osztja el az erőforrásokat a 8 regionális alap között a népesség mérete és korstruktúrája szerint.
Litvánia	Egyetlen alap szed be, gyűjt össze és vásárol	Nemzeti (1)	Regionális alapok (5)	A Nemzeti Egészségbiztosítási Alap osztja el az erőforrásokat az 5 regionális alap között.

folymatodik

Ország	Piaci struktúra	Közös pénzalapok (száma)	Vásárlók (száma)	Kockázatkigazított (újra)elosztás (kockázati tényezők)
Luxemburg	Központi beszedés és alapképzés. Nem versenyző, foglalkozásalapú alapok vásárlása	Nemzeti (1)	Alapok (9)	Az Egészségbiztosítási Alapok Uniója egy kockázatalapot működtet, amely biztosítja, hogy bizonyos alapok deficitjét más alapok többlete fedezze.
Magyarország	Központi beszedés és alapképzés. Egyetlen alap vásárol	Nemzeti (1)	Nemzeti alap (1)	Nincs elérhető információ.
Málta	Központi beszedés, alapképzés és vásárlás. Nincs vásárló-szolgáltató megosztás	Nemzeti (1)	Egészségügyi Minisztérium (1)	Nincs elérhető információ.
Németország	Versenyző alapok beszednek, összegyűjtenek és vásárolnak	Alapok (> 200)	Alapok (> 200)	Az eltérő jövedelmi szintekből eredő különböző járulékarányok és kiadások kiegyenlítése kor, nem és rokkantság szerinti kiigazítással (az alap forrásainak 100%-a). 2009-től az alapokat központilag gyűjtik össze, és az újraelosztás fejkvóta alapján kor, nem és egészségi kockázat szerinti fejkvóta-kiigazítással történik.
Olaszország	Központi és helyi beszedés. Nem versenyző területi vásárlók	Régiók (20)	Regionális egészségügyi hatóságok (20)	Az Egészségügyi Minisztérium által irányított Nemzeti Szolidaritási Alap – a regionális népesség mérete, a potenciális adóalap, az egészségügyi kiadások és a nem egészségügyi költségek szerint – végzi el az újraelosztást a régiók között.
Portugália	Központi beszedés és alapképzés. Nem versenyző területi alapok vásárolnak	Nemzeti (1)	Regionális Egészségügyi Igazgatóságok (5)	Az Egészségügyi Minisztérium végzi az elosztást a kórházaknak és a régióknak. A regionális alapellátási költségvetések a történelmi kiadásokon (40%) és a fejkvótán (60%) alapulnak; kor, nem – illetve magas vérnyomás, cukorbetegség, stressz és ízületi gyulladás regionális előfordulásán alapuló betegségteher-index – szerinti kiigazítással.
Románia	Központi beszedés és alapképzés. Nem versenyző területi és foglalkozásalapú alapok vásárolnak	Nemzeti (1)	Körzeti alapok (42) Foglalkozásalapú alapok (2)	A Nemzeti Alap végzi az elosztást a 42 körzeti és 2 foglalkozásalapú alap között a kockázatkigazított fejkvóta képlete szerint. A körzeti alapok szedik be az önálló vállalkozók járulékait.

folytatódik

Ország	Piaci struktúra	Közös pénzalapok (száma)	Vásárlók (száma)	Kockázatiigazított (újra)elosztás (kockázati tényezők)
Spanyolország	Központi és helyi beszedés és alapképzés. Nem versenyző területi vásárlók. Bizonyos vásárló-szolgáltató megosztás jelen van	Régiók (17) és alapok (3)	Régiók (17) és alapok (3)	A központi kormányzat végzi a régiók felé az elosztást fejkvóta szerint, a 65 év feletti népesség és az „elszigeteltség” szerinti fejkvóta-kiigazítással. A 3 köztisztviselői közös alapot a központi kormányzat befizetéseiből (70%) és a járulékokból (30%) finanszírozzák. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat a társadalombiztosítással lefedett népesség 95%-át, míg a köztisztviselői alapok az 5%-át fedik le.
Svédország	Központi és helyi beszedés és alapképzés. Nem versenyző területi vásárlók. Bizonyos mértékű vásárló-szolgáltató megosztás van	Megyék (21) Önkormányzatok (290)	Megyék (21) Önkormányzatok (290)	A központi kormányzat által nyújtott támogatásokat osztják el az egy főre jutó egészségügyi kiadások + kor, nem, polgári státusz, foglalkozás, jövedelem, lakhatás és az egészségügyi forrásokat jelentős mértékben fogyasztók átlaga közötti különbség alapján.
Szlovákia	Versenyző alapok végzik a beszedést, az alapképzést és a vásárlást	Alapok (6)	Alapok (6)	Az alap forrásainak 85%-a fejkvóta szerint újraelosztásra kerül, kor és nem szerinti kiigazítással.
Szlovénia	Egyetlen alap végzi a beszedést, az alapképzést és a vásárlást	Nemzeti (1)	Nemzeti Egészségbiztosítási Intézet (1)	Nincs elérhető információ.

Forrás: European Observatory on Health Systems and Policies „Egészségügyi rendszerek átalakulóban” című sorozat jelentései; a szerzők saját kutatásai.

Megjegyzés: FFS (fee-for-service) – szolgáltatásalapú finanszírozás.

Vásárlói piaci struktúrák

Ahol az egészségügyet alapvetően **társadalombiztosítási járulékokon keresztül** finanszírozzák, ott az egészségbiztosítási alapok felelősek az egészségügyi ellátás köz- és/vagy magánszolgáltatóktól történő megvásárlásáért. Ezekben az országokban a vásárló és a szolgáltató közötti kapcsolat hagyományosan szerződéses. Azokban a tagállamokban, amelyekben az egészségügyet főként **adókon keresztül** finanszírozzák, ott a vásárlói funkció általában a területi intézményekre hárul (regionális vagy helyi egészségügyi hatóságok vagy speciálisan létrehozott vásárlói szervezetek, így például az Egyesült Királyságban az Alapellátási Alapok, lásd 2.3. táblázat). Ugyanakkor Cipruson, Írországon és Máltán a „szolgáltatásvásárlás” folyamatosan központi szinten valósul meg. Cipruson, Dániában, Finnországban, Írországon és Máltán nincs vásárló-szolgáltató megosztás. A vásárló-szolgáltató megosztást Angliában, Olaszországban és Portugáliában, valamint bizonyos régiókban Spanyolországban és Svédországban vezették be.

A **vásárlók közötti verseny** az EU egészségügyi rendszereiben meglehetősen ritkán fordul elő. Jelen van

Belgiumban, és az 1990-es években bevezették a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában, illetve a teljes népességre kiterjesztették Németországban és Hollandiában. Annak lehetővé tétele, hogy az egészségbiztosítási alapok versenyezhetnek tagjaikért, arra ösztönzi őket, hogy a kedvezőbb kockázatokat részesítsék előnyben (így pl. azokat a személyeket, akik viszonylag alacsony betegségi kockázatúak, továbbá hogy elkerüljék a magas kockázatú egyének biztosítását; mindezek hatást gyakorolhatnak az egészségügyi ellátásokhoz való méltányos hozzáférésre. A **kockázatiigazítási módszerek** célja az, hogy ezekre reagálva – a magas kockázatú személyek védelme érdekében – az egészségbiztosítási alapokat kompenzálja. Mindazonáltal a kockázatiigazítás technikai és politikai értelemben egyaránt kihívást jelent, és gyakran magas tranzakciós költségeket generál (Puig-Junoy 1999, van de Ven és Ellis 1999, van de Ven et al. 2003, 2007).

A szolgáltatók díjazása

A 2.4. táblázat bemutatja az EU egészségügyi rendszereiben az egészségügyi szolgáltatók különböző típusú díjazására alkalmazott módszerek sorát. A szolgáltatók díjazása lehet **prospektív (jövőbeli)** vagy **retrospektív (visszamenőleges)**. A jövőbeli díjazás költségvetés típusú, és hozzájárulhat a kiadások kontrolljához, függően attól, hogy a költségvetési kényszer „erős”-e (a túlköltekezés büntetéséhez vezetve) vagy „enyhe” (a túlköltekezést nem bünteti). A prospektív díjazási módszerek közé tartozik a fizetés, a fejkvóta (egy adott szolgáltatóhoz tartozó betegek vagy egy specifikus terület lakosai után fizetett fejenkénti fix díj), továbbá a költségvetések, amelyek között lehet a főbb input elemek szerint kötött költségvetés vagy globális költségvetés. A retrospektív (visszamenőleges) díjazás az egészségügyi szolgáltatások nyújtását követően teljesül, és általában szolgáltatásonkénti díjfizetés (fee-for-service) vagy annak változatai, továbbá esetalapú finanszírozás (fix díjfizetés) formájában, amelyet bizonyos csoportokba rendezve gyakorta DRG (diagnózis szerinti csoportok) finanszírozásként neveznek.

2.4. táblázat: A szolgáltatók finanszírozási módszerei az Európai Unióban, 2007

Ország	Alapellátás (házi orvosok)	Szakorvosok (járóbeteg)	Szakorvosok (fekvőbeteg)	Kórházak (akut ellátás)
Ausztria	Fix összegű praxisdíj (80%) + FFS díjfizetés (szerződött), FFS díjfizetés (nem szerződött)	Fix összegű praxisdíj (50%) + FFS díjfizetés (szerződött), FFS díjfizetés (nem szerződött)	Fizetés + bónuszok	Esetalapú finanszírozás visszamenőlegesen kiigazított pontértékekkel
Belgium	FFS (díjfizetés)	FFS (díjfizetés)	FFS (díjfizetés)	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Bulgária	Fejkvóta + bónuszok	díjfizetés	Fizetés + bónuszok	Esetalapú finanszírozás + globális költségvetés

folytatódik

Ország	Alapellátás (házi orvosok)	Szakorvosok (járóbeteg)	Szakorvosok (fekvőbeteg)	Kórházak (akut ellátás)
Ciprus	Fizetés (közfinszírozott), FFS díj fizetés (magán)	Fizetés (közfinszírozott), FFS díj fizetés (magán)	Fizetés	Globális költségvetés
Cseh Köztársaság	Kor szerint súlyozott fejkvóta + FFS díj fizetés	FFS díj fizetés + volumenkorlát	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Dánia	Fejkvóta + FFS díj fizetés	FFS díj fizetés	FFS díj fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Egyesült Királyság – Anglia	Súlyozott fejkvóta + díj fizetés + teljesítményfüggő díjazás	Nincs elérhető információ	Fizetés (nemzeti egészségügyi szolgálat)	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Észtország	Kor szerint súlyozott fejkvóta + díj fizetés	FFS díj fizetés	FFS díj fizetés	Esetalapú finanszírozás
Finnország	Fizetés + FFS díj fizetés vagy vegyes fizetés, fejkvóta + FFS díj fizetés a házi orvosoknak (közfinszírozott), díj fizetés (magán)	Fizetés + FFS díj fizetés (közfinszírozott), FFS díj fizetés (magán)	Fizetés + FFS díj fizetés	Esetalapú finanszírozás
Franciaország	FFS díj fizetés	FFS díj fizetés	FFS fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Görögország	Fizetés + FFS díj fizetés (közfinszírozott), díj fizetés (magán)	Ugyanaz, mint az alapellátás	Fizetés + FFS díj fizetés	Globális költségvetés, napidíj + esetalapú finanszírozás
Hollandia	Fizetés	Fizetés	Fizetés	Globális költségvetés
Írország	Súlyozott fejkvóta + FFS díj fizetés	Nincs elérhető információ	Fizetés	Esetalapú finanszírozás
Lengyelország	Kor szerint súlyozott fejkvóta	FFS díj fizetés	Fizetés	Esetalapú finanszírozás
Lettország	Kor szerint súlyozott fejkvóta + FFS díj fizetés	FFS díj fizetés vagy esetalapú finanszírozás	Fizetés és FFS díj fizetési pontok	Esetalapú finanszírozás, napidíj + FFS pontok
Litvánia	Kor szerint súlyozott fejkvóta	Esetalapú finanszírozás	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Luxemburg	FFS díj fizetés	FFS díj fizetés	Alapvetően FFS díj fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás + bónuszok

folytatódik

Ország	Alapellátás (házi orvosok)	Szakorvosok (járóbeteg)	Szakorvosok (fekvőbeteg)	Kórházak (akut ellátás)
Magyarország	Súlyozott fejkvóta + a szolgáltató jellemzőin alapuló kiigazítás	Díjfizetés + költségvetési korlát a szolgáltató szervezeteknek, azonban az orvosoknak főként fizetés	Fizetés	Esetalapú finanszírozás
Málta	Fejkvóta + FFS díjfizetés	Nincs elérhető információ	FFS díjfizetés összeghatárral (65%) vagy fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Németország	FFS pontok alapján	FFS pontok alapján	Fizetés	Globális költségvetés, esetalapú finanszírozás + napidíj
Olaszország	Fejkvóta + FFS díjfizetés + teljesítményfüggő díjazás (a házi gyermekorvosoknak is)	FFS díjfizetés	Fizetés	Esetalapú finanszírozás + fejkvóta
Portugália	Fizetés (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) + fejkvóta + teljesítményfüggő díjazás	Fizetés (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat)	Fizetés (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat)	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Románia	Kor szerint súlyozott fejkvóta + díjfizetés (15%)	FFS díjfizetés (rugalmas pontértékek)	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás + díjfizetés
Spanyolország	Fizetés + kor szerint súlyozott fejkvóta (15%)	fizetés	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Svédország	Fizetés vagy fejkvóta + néhány díjfizetés	fizetés	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás
Szlovákia	Fejkvóta + FFS díjfizetés (50%)	FFS díjfizetés	Fizetés	Esetalapú finanszírozás
Szlovénia	Kor szerint súlyozott fejkvóta + díjfizetés	FFS díjfizetés + országos szintű költségvetési korlát összeghatár nélkül	Fizetés	Globális költségvetés + esetalapú finanszírozás

Forrás: European Observatory on Health Systems and Policies „Egészségügyi rendszerek átalakulóban” című sorozat jelentései; a szerzők saját kutatásai.

Megjegyzés: FFS (fee-for-service) – szolgáltatásalapú finanszírozás.

Az EU-oszágok egészségügyi rendszereiben az alapellátást nyújtó szolgáltatók finanszírozása leggyakrabban fejkvóta szerint és szolgáltatásonkénti díjak fizetésével (fee-for-service, FFS) történik. Ahol az egészségügyi ellátást alapvetően társadalombiztosítási járulékokból finanszírozzák, a legvalószínűbb, hogy a szakorvosok fee-for-service díjazásban (szolgáltatásonkénti díjfizetésben) részesülnek, míg az uralkodó módon adóból finanszírozott egészségügyi rendszerekben a szakorvosok gyakran fizetett alkalmazottak. A kórházak esetében legelterjedtebb finanszírozási forma a globális költségvetés, de az esetalapú finanszírozás egyre inkább jelen van, akár a költségvetések meghatározásakor, akár mint a díjazás visszamenőleges formájaként (a kifizetési összeghatár meglétével vagy anélkül).

3.4. Elmozdulás a szolgáltatásokért való passzív fizetéstől a stratégiai szolgáltatásvásárlás irányába

[...]

Stratégiai forrásallokáció

Az egészség javításának, az egészségügyi ellátásokhoz történő méltányos hozzáférésnek és a ráfordítások megfelelő ellenértéke (value for money) biztosításának egyik fontos eszköze annak biztosítása, hogy a forrásallokáció – más tényezők (pl. a bevételgenerálás képessége vagy a fizetőképesség) helyett – a szükségleten alapul. A stratégiai vagy szükségletalapú allokáció biztosítja, hogy a ráfordítás ott történik, ahol arra valóban szükség van (és ténylegesen szükséges), semmint egyszerűen arra, ahol az keletkezik vagy akkumulálódik. A szükségletalapú allokáció felé való elmozdulás két különböző kontextusban jelent meg. *Először:* azokban az országokban, ahol az egészségbiztosítási alapok vagy a helyi önkormányzatok felelősek a járulékok vagy az egészségügyi ellátást célzó adók beszedésért; a központi irányított folyamatok biztosítják a források alapok vagy régiók közötti bizonyos mértékű újraelosztását. *Másodszor:* ahol a központi adókat a helyi önkormányzatoknak vagy területi vásárlóknak osztják el, a központi forrásallokációt ki lehet igazítani a népesség méretében vagy szükségleteiben meglévő eltérések figyelembevételével.

Az előző esetben a szükségletalapú allokáció felé való elmozdulást veszélyeztetheti az a tény, hogy számos egészségbiztosítási alap nem egy pontosan meghatározott területi népességet fed le – amely elősegítené a szükségletfelmérést –, hanem sokkal inkább a foglalkoztatásalapú népességet. Ezt megfejeji még a vásárlási funkcióban a népegészségügyi képességek integrációjának meglévő hiánya (Figueras, Robinson és Jakubowski 2005). Szintén, részben a releváns információk megszerzésében meglévő nehézségek miatt, részben pedig azért, mert az egészségbiztosítási alapok nehezményezhetik némely forrásuk újraelosztását, az adott kockázati tényezők száma és az újraelosztásnak kitett források aránya korlátozott lehet (van de Ven et al. 2007). Belgiumban az alap forrásainak csak 30%-a kerül újraelosztásra (bár a kockázati tényezők listája hosszú), míg a Cseh Köztársaságban az újraelosztás kizárólag az idősek arányán alapul, Szlovákiában pedig kor- és nem szerinti. A nyugat-európai egészségügyi rendszerek kockázatiigazítással kapcsolatos, közelmúltban született áttekintés szerint a kockázatiigazítási módszer minősége mérsékelt Németországban,

mérsékelt/megfelelő Belgiumban és megfelelő Hollandiában (van de Ven et al. 2007). Ugyanezen kritériumok szerint a kockázatiigazítási módszerek minősége a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában alacsony volna.

Az egészségügyi ellátásokhoz való méltányos hozzáférés biztosítását célzó területi forrásallokáció valószínűsíthetően a legkifinomultabb az Egyesült Királyságban, ahol ezt a rendszert az 1970-es évek végén vezették be és számos alkalommal felülvizsgálták, modernizálták (Department of Health [Egészségügyi Minisztérium] 2005). A népesség kor és nem struktúrája mellett a társadalmi-gazdasági, mortalitási, morbiditási változók skáláját – amelyet az akut és az anyasági ellátások iránti szükséglet mérőjeként alkalmaznak – a 3.7. táblázat (nincs) mutatja be. 1996-ban a svéd kormány bevezetett egy forrásallokációs képletet az alacsonyabb adóemelési potenciálú megyék és önkormányzatok kompenzációjára (Diderichsen, Varda és Whitehead 1997; Glenngård et al. 2005). A képlet szerint végrehajtott újraelosztás (2 megyétől – Stockholmtól és Uppsalától – másik 19-nek és néhány önkormányzatnak) feszültségeket generált a helyi és a központi kormányzat, illetve a helyi önkormányzatok között (Glenngård et al. 2005).

A más tagállamokban alkalmazott forrásallokációs képlet gyakran sokkal kezdetlegesebb, ezért azt az elmúlt években számos esetben továbbfejlesztették (Rice és Smith 2002). Spanyolországban például az allokációk teljes mértékben a történelmi szokás és politikai egyeztetéseken alapultak, azonban mostanra a képletalapú módszer alkalmazása irányába mozdultak el (Durán, Lara és van Waveren 2006). Ugyanakkor azokban a tagállamokban, ahol helyi adókból finanszírozzák az egészségügyi ellátást, a stratégiai forrásallokációs képletek nem mindig eredményesek a jövedelmi státuszban és az egészségi állapotban meglévő területi egyenlőtlenségekkel szembeni harcban (Lo Scalzo és Donatini 2009).

Hivatkozások

- Diderichsen, F., Varde, E. and Whitehead, M. (1997): Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. *British Medical Journal*, 315, 875–878.
- Donatini, A. et al. (2009): Italy: health system review. *Health Systems in Transition* (forthcoming). Vagy::
- Durán, A., Lara, J. L. and van Waveren, M. (2006): Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, 8 (4), 1–208.
- Department of Health (2005): *Resource allocation weighted capitation formula*. 5th edn. London, Department of Health.
- Figueras, J., Robinson, R. and Jakubowski, E. (2005): Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In J. Figueras, R. Robinson and E. Jakubowski: *Purchasing to improve health systems performance*. Buckingham, Open University Press, 44–80.
- Glenngård, A. H. et al. (2005): Health systems in transition: Sweden. *Health Systems in Transition*, 7 (4), 1–128.
- Lo Scalzo, A., Donatini, A. et al. (2009): Italy: health system review. *Health Systems in Transition*, 11 (6).
- Puig-Junoy, J. (1999): Managing risk selection incentives in health sector reforms. *International Journal of Health Planning and Management*, 14, 287–311.

- Rice, N. and Smith, P. C. (2002): Strategic resource allocation and funding decisions. In E. Mossialos et al.: *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press, 250–271.
- van de Ven, W. P. M. M, and Ellis, R. P. (1999): Risk adjustment in competitive health plan markets. In J. P. Newhouse and A. J. Culyer: *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 755–645.
- van de Ven, W. P. M. M. et al. (2003): Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, 65 (1), 75–98.
- van de Ven W. P. M. M. et al. (2007): Risk adjustment and risk selection in Europe: six years later. *Health Policy*, 83 (2–3), 162–179.

5. fejezet

A SZOLGÁLTATÁSOK HATÉKONYSÁGÁNAK ÉS MINŐSÉGÉNEK JAVÍTÁSÁT CÉLZÓ POLITIKÁK

Az elmúlt két évtizedben az egészségügyi reformok fő célkitűzése az egészségügyi ellátás minőségének javítása és hatékonyságának a növelése volt. Ezen célok elérése egyaránt fontos ahhoz, hogy a szűkös erőforrásokkal minél nagyobb egészségjavulás legyen elérhető, másrészt ahhoz, hogy a közpénzekből (adókból és/vagy a kötelező biztosítás járulékaiból) származó forrásokon alapuló egészségügyi rendszerek finanszírozása hosszabb távon is fenntartható legyen. Az ebben a fejezetben szereplő fordítások a minőség és hatékonyság javítását célzó reformok, eszközrendszerek néhány alapvető elemére vonatkozó nemzetközi tapasztalatokat tárgyalják, beleértve az alkalmazott eszközök ellentmondásosságát is.

1. fejezet: MIÉRT VAN SZÜKSÉGÜNK INFORMÁCIÓRA AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS MINŐSÉGÉRŐL?*

(OECD Health Policy Studies)

Ez a fejezet áttekinti, hogy miért van szükségünk információra az egészségügyi ellátás minőségéről – az elszámoltathatóság elősegítése, információszolgáltatás a politikák kialakításához és a minőségfejlesztésre vonatkozó ismeretek megosztásának előmozdítása érdekében. Továbbá azonosítja a minőségvezérelt irányítással összefüggésben lévő kulcsfontosságú politikákat, és amelyek az egészségügyi ellátások minőségi információin alapulnak.

A politikát alakítóknak az ellátás minőségét három fő okból szükséges mérniük, értékelniük és összehasonlítniuk: az egészségügyi szolgáltatók elszámoltathatóságának az elősegítése, a megfelelően célzott politikák kialakításához szükséges információ szolgáltatása érdekében, továbbá azért, hogy a szolgáltatókat és más szereplőket képessé tegyék az egymástól való tanulásra (Veillard et al. 2010). Manapság valóban ritkán fordul elő olyan politikai kezdeményezés, amelynek ne az ellátás minőségének fejlesztése volna a célja, vagy ne

* Forrás: OECD (2010): *OECD Health Policy Studies: Improving Value in Health Care – measuring quality*. Chapter 1: Why do we need information on health care quality? Paris, OECD Publishing, 15–34.

függne attól, hogy képesek vagyunk-e mérni az ellátás minőségét. Mindazonáltal ahhoz, hogy teljesíthető legyen a „minőségvezérelt irányítás”, szükséges azt mérni, hogy a rendszer hatásos (*effective*), biztonságos és betegközpontú ellátást biztosít-e, vagy sem. Az alábbi politikák nagyban függnék az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó információktól:

- az ellátás koherenciájának és koordinációjának javítása;
- a betegségek megelőzése;
- annak biztosítása, hogy az egyének a számukra szükséges ellátásokban részesülnek;
- a nyújtott ellátások hatásosságának (eredményességének) biztosítása;
- a biztonságos ellátás megteremtése;
- az egészségügyi szolgáltatók honorálása a jó minőségért;
- a jelenlegi egészségügyi ellátórendszerek eredményalapú, minőségvezérelt irányítás felé való elmozdítása.

1.1. Az ellátás koordinációja

Az ellátás koordinációja iránti erősödő érdeklődés, a minőségre összpontosítva

Az integrált ellátás az összes OECD-országban egyre fontosabbá és relevánsabbá válik, és különféle megnevezésekben ölt testet – Svájcban irányított ellátás néven, Angliában (a szolgáltatók között) megosztott ellátásként, Németországban hálózat (*Vernetzung*) vagy Hollandiában többszereplős egészségügyi ellátás (*transmurale zorg*) elnevezéssel, betegségmenedzsmentként, ellátásmenedzsmentként, irányított betegellátásként vagy koordinált ellátásként jelenik meg –, azonban minden formája a problémamentes, folyamatos és holisztikus, a betegek szükségleteihez igazodó ellátás elérését célozza (van der Linden et al. 2001; Kodner és Spreeuwenberg 2002). Ezért tehát ez minden egészségügyi rendszer irányítási szintjében meghatározó, és összehozza az ellátási út eltérő elemeit – az ellátásnyújtást, a menedzsmentet és a szervezést – a diagnózissal, a kezeléssel, az ápolással és a rehabilitációval kapcsolatban (Delnoij et al. 2002).

Az integrált ellátás irányába mutató trendek számos általános fejlődéssel magyarázhatók. Először is – függetlenül az egyes országok népességének morbiditásától és mortalitásától – a nemzetközi egészségügyi rendszerek nagyjából ugyanazokkal a problémákkal szembesülnek, nevezetesen: az idősödő népességük fokozatosan az epidemiológiai átmenet negyedik szakaszába jutott el. Ez a szint a degeneratív és krónikus betegségekkel jellemezhető, amelyek eltérő ellátásnyújtást és szervezeti struktúrát igényelnek, szemben az akut állapotok kezelését célzó szolgáltatásokkal. Összefoglalva: a hangsúly átkerül az akut beavatkozásokról a monitorozásra és a gyógyításról az ellátásra (gondozásra). Továbbá az ilyen állapot típusok optimális menedzsmentje multidiszciplináris teammunkát követel. Ebben a formában a betegellátás az egyéni konzultációtól a több szakmát átfogó teammunka felé mozdul el, amely általában összetett ellátást nyújtani képes szolgáltatókat igényel (Plochg és Klazinga 2002).

Másodszor: az orvosi technológiák elterjedésének és alkalmazásának irama sokkal eltérőbb diagnosztikai és kezelési lehetőségek kialakulásához vezetett, gyakran különböző szolgáltatókat és ellátóhelyeket

összefogva – az ellátás e sokfélesége felkelti a kórházak és a közösségi szolgáltatóhelyek közötti szorosabb együttműködés iránti igényt. Összefoglalva: az OECD-országokban a betegellátásra egyre inkább a multidiszciplinaritás és a „high-tech” betegutak jellemzőek, amelyeken a betegek a különböző ellátóhelyek között mozognak. Ez oda vezet, hogy a betegellátásnak minden szinten egyre integráltabbá kell válnia (Dorr et al. 2006). Az információs és kommunikációs technológiai fejlődés előmozdította az elkülönült egészségügyi ellátási területek (*silos*) összekötését úgy, hogy az húsz évvel ezelőtt még elképzelhetetlen lett volna (Mikalsen et al. 2007; Gagnon et al. 2009; Melby és Helleso 2010).

Ebben az összefüggésben számos jelentés azt sugallja, hogy a krónikus betegségben szenvedők ellátásának minősége javulhat. A szűkös közfinanszírozás keretei között számos ország az ellátás koordinációjára koncentrálni igyekszik egyszerre javítani a nyújtott ellátás minőségét és a kiadási nyomást csökkenteni. Egy 2007. évi OECD-felmérés megerősítette, hogy az ellátás koordinációját érintő politikai eszmecserék többsége leginkább az ellátás minőségével összefüggő célkitűzésekhez kapcsolódik, amelyet a költséghatékonyság, illetve kisebb mértékben az ellátáshoz való hozzáférés biztosítása követ (Hofmarcher et al. 2007).

A minőségre való fókuszálást azon kutatások zöme is kiemelte, amelyek bemutatták a jelenlegi gyakorlat és a „best practice” sztenderdjei közötti régóta meglévő, nagymértékű eltérést. Például Asch (2006) becslése szerint az USA-ban a betegek fele nem kapja meg a számára szükséges ellátást – ezt igazolja vissza a *Crossing the Quality Chasm* [A minőségben meglévő különbségek áthidalása] című jelentés (lásd Institute of Medicine [Orvosi Intézet] 2001 – Committee on Quality of Health Care in America [Amerikai egészségügyi ellátás minőségével foglalkozó bizottság]). A speciális esetek „kiváltó okainak” elemzéséből eredő információkon alapuló tanulmányok szerint a problémák többségét sokkal inkább az egészségügyi ellátásnyújtás folyamatainak és töredezettségének szegényes tervezése, semmint a szakemberek technikai hozzá nem értése okozza (Hofmarcher et al. 2007; OECD 2010b és 2010c).

A következő részben bemutatjuk, hogy az ellátás integrációja és koordinációja nemcsak a klinikai egészségügyi ellátásnyújtási rendszereken belül, hanem az egészségügyi és szociális ellátóhelyek között is fontos, csakúgy, mint a klinikai ellátás és az országok népegészségügyi tevékenysége között is.

A célzott programok az egészségügyi ellátás minőségének javulását jelzik, azonban a tények még nem egyértelműek

A közelmúltban komoly politikai figyelem övezi a speciális betegség- vagy népességcsoportokat kezelő „célzott” programokat. Ezek magukban foglalják a betegek önmenedzsmétjét, a klinikai utánkövetést, az esetenmenedzsmét, a multidiszciplináris ellátást és az ellátás folyamatát megváltoztató, tényeken alapuló megközelítéseket (pl. a betegségmenedzsmét vagy a klinikai betegutak alkalmazása) (Ouwens et al. 2009). E programok célja az ellátás minőségének számos mechanizmuson keresztüli javítása, így például speciális vezetői szerepek áttételése szakemberekre, az információs és kommunikációs technológiai rendszerekkel az ellátásnyújtási folyamat monitorozása, illetve a támogatott betegek önmenedzsmétje. E programok továbbá azt célozzák, hogy az egészségügyi ellátórendszerrel szembeni szükségletet a nem tervezett kórházi tartózkodás csökkentésével és a sürgősségi szolgáltatások alkalmazásával mérsékeljék. Ezeket a programo-

kat eredetileg az USA-ban próbálták ki, mára azonban az OECD-országokban széles körben elterjedtek, és többféle változatban és szinten jelennek meg.

Számos tanulmány megkísérelte a programok értékelését, azonban ezek nagymértékben amerikai tapasztalatokon alapulnak. A szakértők jelenlegi álláspontja szerint a programok az ellátás minőségének javítását célozzák, de nem mindig képesek meggyőzően erős és konzisztens bizonyítékokkal szolgálni. Nem világos továbbá, hogy mely tényezőket vagy beavatkozásokat szükséges figyelembe venni, és hogyan lehet a programokat sikeresen végrehajtani. A Grol et al. (2006) által jegyzett integrált ellátási program felülvizsgálatáról szóló tanulmány szerint az ellátás koordinációja javítja az eredményeket. Mindazonáltal a mortalitásra gyakorolt hatás változatlanul nem világos, és az integrált ellátási programok költséghatékonyságára vonatkozó rendszerelemzés is elenyésző. A vizsgálatokban szereplő hatások mindössze 15%-a bizonyult szignifikánsnak, és ezek is többnyire rövid távú értékelésekből származnak (Ouwens et al. 2005).

Továbbá, az integrált ellátás minőségére vonatkozó kutatásnak és értékelésnek megvannak a maga korlátai. Egy közelmúltbeli vizsgálat (Grol et al. 2009) azt állítja, hogy a daganatos betegek esetében nyújtott multidiszciplináris integrált ellátási beavatkozásokat illetően jelenleg nincsenek jelentős vizsgálatok (Ouwens et al. 2009). E dokumentumok szerint csupán egy tanulmány értékelte a daganatos betegek számára nyújtott multidiszciplináris ellátást. A tanulmány igen csekély bepillantást enged abba, hogy mely beavatkozások tartották meg az integrált ellátás alapelveit, és ezeknek milyen hatása volt az átfogó értelemben vett minőségre és az ellátás hatásosságára.

Az egészségügyi és szociális ellátás integrációját célzó politikák és stratégiák minősége

Az ellátás integrációja még komplexebbé válik, mivel a betegeknek – különösen a mentális egészségügyi problémákkal és fogyatékkal küzdők – az igen különböző intézményi és szociális szolgáltatók között muszáj eligazodniuk (Zolnierok 2008; Zunzunegui Pastor és Lazaro 2008). Túlságosan gyakran a betegek a különböző ellátási formák „rései” közé szorulnak. E problémák kiváltó okai a finanszírozásban, a szervezésben, a menedzsmentben és az ellátás nyújtásában megjelenő töredezett irányítási megközelítésekkel jellemezhetők (Callaly és Fletcher 2005). Ezek a kérdések az ellátás alacsony minőségében, a növekvő költségekben és a homályos felelősségi folyamatokban mutatkoznak meg.

1.1. doboz: Az egészségügyi és szociális ellátás integrációját célzó politikák és stratégiák

2008-ban Angliában hatályba lépett az új egészségügyi és szociális ellátásról szóló törvény, amely egy – az egészségügyi és a szociális ellátásokat egyaránt lefedő – új szabályozási keretet vezetett be, és létrehozott egy új „szuperszabályozót” – az Ellátás Minőségéért Felelős Bizottságot (Care Quality Commission – CQC). A munkáspárti kormány úgy határozta meg az új szabályozói szerepet, mint ami „biztosítja a betegek biztonságát, a szolgáltatások minőségét és a vásárlók és szolgáltatók teljesítményének az értékelését, illetve biztosítja, hogy a szabályozás és a felügyeleti tevékenység az egészségügyi és a felnőtt szociális ellátásban koordinált és irányított legyen”. Azóta az egészségügyi és a szociális ellátás közötti jobb kapcsolat megteremtését célzó korábbi kísérletek megerősítést nyertek. Az új brit koalíciós kormány „Méltányosság és Kiválóság: A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat felszabadítása” című Fehér Könyvével (White Paper „Equity and Excellence: Liberating the NHS”) egészségügyi reformot vezetett be.

E reformok legfőbb megnyilvánulásai között jelenik meg az egészségfejlesztés felelősségének helyi hatóságokra való átruházása. A helyi hatóságoknak mostanra szintén alkalmazniuk kell népegészségügyi igazgatókat, akiknek felelősségi körükbe tartoznak a „népesség relatív egészségügyi szükségleteinek megfelelően allokált egészségfejlesztési alapok”. A minőség mérése kulcsfontosságú az aktuális fejlesztések monitorozásához.

Az ellátás minőségét mérő indikátorok a jobb ellátási koordináció elérésének szükséges előfeltételei

Az integrált ellátás – különösen az egészségügyi és a szociális ellátások esetében – még mindig viszonylag újszerű, és egyre erőteljesebb az igény arra, hogy az ellátás minőségének mérésére összehasonlítható folyamat- és eredményindikátorok kidolgozására kerüljön sor. Ugyanakkor az ilyen mérési módszerek létrehozása sok szempontból bonyolult. A multidiszciplináris szakemberek különböző fogalmakat alkalmaznak a minőség meghatározására; az információs rendszerek fejlesztésében meglévő széttöredezettség azt jelenti, hogy bizonyos szektorokban jobb minőségmérési rendszerek léteznek, mint másokban, és közülük számos egymással nem átjárható. Továbbá tekintettel arra, hogy az egészségeredményeket (*health outcome*) nehéz mérni és valaminek tulajdonítani, a felelősség érzékeny kérdéssé válhat (Lloyd és Wait 2006).

E jelentős kihívások dacára – legalább nemzeti és szervezeti szinten – megvalósítható az integrált ellátás minőségének monitorozása. Ahhoz, hogy az integrált ellátás minősége országok között összehasonlítható legyen, az integrált ellátási szolgáltatások konzisztens, világos meghatározásait ki kell dolgozni (Ouwens et al. 2005). Ezen túlmenően a betegeknek szóló, valamint a szolgáltatók teljesítményére vonatkozó információk jobb összegyűjtése, elemzése és terjesztése az ellátás jobb koordinációjának mérőföldkövét jelenti – és e folyamat középpontjában állnak az átjárható információs és kommunikációs technológiai rendszerek (Blobel et al. 2009). Az érvényes és naprakész indikátorok szintén szükséges előfeltételei az olyan politikák kialakításának, amelyek lehetővé teszik a multidiszciplináris integrált ellátást. A legfőbb cél a betegek ellátásának javítása az ellátás széttöredezettségének csökkentésével, a szolgáltatók elszámoltathatóságának, felelősségének, a betegek bevonásának, az átláthatóság és az ellátás minőségének javításával.

1.2. Megelőzés

Az egészségügyi kockázati tényezők és a betegségek megelőzését célzó hatásos beavatkozások jobb megértésével a megelőző ellátások az egészségügyi rendszerek középpontjába kerültek. A megelőző stratégiák minőségének mérése és értékelése számos okból fontos: a megelőzési akciók működésmódjai, a lehetséges előnyök és kockázatok megértését segítő információk begyűjtése, a megelőzési stratégiák hatásának és felelősségének mérése, illetve monitorozásuk az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából (Starfield et al. 2008). A megelőzés hatásának mérése a költséges megelőzési technológiák széles körű alkalmazása miatt szintén releváns. Ezek magukban foglalják a nemzeti rákszűrési programokat, a gyógyszeres megelőzési programokat (pl. a sztatínok és szájon át alkalmazható hipoglikémiás gyógyszerek alkalmazása), amelyek elősegítik az egészséges életmódot (egészségmegőrzés) és a népegészségügyi védelmet.

A megelőzés hatásosságára vonatkozó bizonyítékok áttekintése

Független szervezetek¹ jelenleg vizsgálják és terjesztik azokat a jelentéseket, amelyek összefoglalják a nagy számban létező megelőző stratégiák bizonyítékait (lásd 1.4. alfejezet). Az e kutatásból származó ajánlások relevánsak, mivel jól jelzik, hogy mely megelőző stratégiába érdemes befektetni. Jelzik azt is, hogy a népesség mely csoportjai számára megfelelőek, és értékelik a kockázatokat és az előnyöket.

Számos ilyen szervezet multidiszciplináris és átlátható módon működik, gyakran nemzeti vagy nemzetközi klinikai szakemberekkel, helyi hatóságokkal, a köz- és magánszektor szereplőivel, sőt a közösséggel is együttműködve (Chalkidou 2010).

Továbbá egyre hangsúlyosabbá válik a népesség vagy az egyének számára szóló, az egészségmegőrzés minőségére vagy a megelőző stratégiákra vonatkozó népegészségügyi ajánlások kimunkálása. Az ilyen ajánlások valamely speciális témára (pl. alkohol), egy népességi csoportra (pl. az idősek) vagy bizonyos helyszíntre (pl. az iskolák) összpontosíthatnak (Hashtroudi és Paterson 2009; Kelly et al. 2009). Az Egyesült Királyságban például a NICE és a Népegészségügyi Kiválósági Központ (Centre of Public Health Excellence) értékelt számos népegészségügyi programot és beavatkozást, amelyek olyan témákat fednek le, mint az elhízás, a mentális egészség, a dohányzás abbahagyása, az anyai egészség, a szexuális úton terjedő fertőzések és az alkohol (Killoran és Taylor 2009; Killoran és White 2010). Hollandiában a RIVM legutóbbi előrejelzésében szintén leírta a megelőző beavatkozások bizonyítékait (van der Lucht és Polder 2010).

A megelőző módszerek minősége – irányítás, politika és gyakorlati jelentőség

A megelőzés napjainkban központi szerepet játszik az egészségügyi rendszer működtetésében. A politikaformálók, a szolgáltatók, a tudományos élet képviselői és a betegek aktívan kutatják és alkalmazzák azokat az ajánlásokat, amelyeket a megelőző stratégiák minőségét értékelő szervezetek terjesztenek. Az e forrásokból nyert információkat számos irányítási funkció és célkitűzés megalapozására alkalmazzák. Ezek lehetnek: tudásátadás, politikafejlesztés, minőségi szttenderdek kialakítása, szolgáltatói ösztönzők és akkreditációs programok fejlesztése (lásd az „1.7. Minőségvezérelt irányítás” című alfejezetet), a minőségfejlesztés előmozdítása, és mostanság a nemzetközi együttműködés és az egymástól való tanulás támogatása (Nicklin et al. 2009; Chen et al. 2010; Lester et al. 2010; Morris et al. 2010).

¹ Például az amerikai Megelőző Szolgáltatások Munkacsoport (US Preventive Services Task Force – USPSTF), a brit Nemzeti Egészségügyi és Klinikai Kiválósági Intézet (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE), a Cochrane Együttműködés (Cochrane Collaboration) és annak kapcsolódó szervezetei, így például az Északi Cochrane Központ (Nordic Cochrane Centre), „Minőségfejlesztés: az egészségmegőrzés, a betegségmegelőzés és az egészségvédelem integrálása”.

1.3. Betegközpontú ellátás

Az Orvosi Intézet 2001. évi „A minőségben meglévő különbségek áthidalása” (Crossing the Quality Chasm) című befolyásos jelentése a minőség egyik legfontosabb területeként azonosította a betegközpontú ellátást (Institute of Medicine [Orvosi Intézet] 2001). A jelentés a betegközponti ellátás számos szükséges feltételét azonosította, beleértve az ellátás jobb koordinációjának és integrációjának szabályait, az ellátással kapcsolatos tájékoztatást és képzést, a beteg fizikai kényelmének és érzelmi támogatottságának garanciáit, illetve azt, hogy a beteg fizikai kényelmét és megfelelő érzelmi támogatását az informális gondozónak is biztosítani kell. Egyértelműen állítható, hogy az egészségügyi rendszer betegpreferenciák és szükségletek szerinti alakítása javítja a betegek átfogó elégedettségét és az egészségügyi eredményeket, sőt a még nagyobb hatásossághoz is hozzájárul (Madhok 2002).

A betegközpontú ellátás fogalma a modern egészségügyi rendszerek egyik kiemelt jellemvonásává vált. Számos ország olyan alapellátási rendszer mellett döntött, amelyben a háziorvosok erős szerepet kapnak e cél támogatása érdekében (Landon et al. 2010). Manapság „a betegközpontú egészségügyi házak” az amerikai egészségügyi reform által leginkább támogatott egyik fő egészségügyi szolgáltatási modell (Peskin 2009). Ez a modell az alapellátás alapvető elemeit a minőség és betegbiztonság folyamatos fejlesztésével egyesíti az ellátástervezés, a tényeken alapuló gyógyítás és a klinikai döntést támogató eszközök, a minőségszempontról teljesítménymérés, a menedzsment és a díjazás alkalmazásával (Bechtel és Ness 2010; Stange et al. 2010).

Ha a betegközpontú ellátásnak ilyen fontos szerepe van az egészségügyi rendszerek menedzsmentjében, akkor a betegek tapasztalatainak mérése az egészségügyi szolgáltatások értékelésének lényeges összetevőjévé válik. Számos nemzeti és nemzetközi kutatás (pl. a Brit Nemzetközösségi Alap (Commonwealth Fund), az Európai Picker Intézet (Picker Institute Europe) és az Amerikai Egészségügyi Szolgáltatók és Rendszerek Fogyasztói Vizsgálata (US Consumer Assessment of Health care Providers and Systems) méri a betegtapasztalatokat és azokat az eredményeket, amelyek segítenek a felelősség, a stratégia kialakítása és a minőségfejlesztés alakításában.

A jelentés 2. fejezetében (2.7. alfejezet) bemutatjuk ezeket a kezdeményezéseket, és vázoljuk a betegtapasztalatok mérését célzó nemzeti rendszerek létrehozásának néhány fő alapelvét.

1.4. Az egészségügyi technológia értékelése és klinikai értékelések

Az OECD-országok jelenleg dollártrilliókat fordítanak az egészségügyi ellátásra, de meglepően csekély tudásuk van arról, hogy mely kezelési módok a legjobbak a betegek számára. Ezen információk hiányában a betegek milliói kockázatnak vannak kitéve, miközben az egészségügyi költségvetés jelentős részét potenciálisan a nem hatékony, szükségtelen vagy éppen káros ellátásra fordítjuk – és tény, hogy az összes egészségügyi beavatkozás hordoz bizonyos kockázatot (Subbe és Gemmell 2010).

Az **egészségügyi technológia értékelése** (*health technology assessment* – HTA) és a klinikai értékelés (*clinical evaluations*) információt adhat az egészségügyi döntésekhez azzal, hogy a különböző kezelések

biztonságára, előnyeire, kockázataira és hatásosságára tényeket szolgáltat. Ezek magukban foglalhatják a diagnosztikai tesztek, a sebészet, a gyógyszereket, az orvostechikai eszközöket, sőt még az egészségügyi szolgáltatások szervezését és menedzsmentjét is. Például az aszpirint kell-e a szív- és érrendszeri betegség elsődleges megelőzésében alkalmazni? A nők mely korcsoportjait kellene emlőrák ellen szűrni, és milyen időközönként? A szájon át alkalmazható hipoglikémiás hatóanyagok vajon költséghatékonyak, sőt hatásosak-e a diabétesz kezelésére? A méhnyakrákszűrést érdemes-e elvégezni most, hogy a HPV elleni oltóanyagot kifejlesztették?

E kérdések megválaszolásának elősegítésére több országban létrejött az egészségügyi technológia értékelésével foglalkozó szervezet: így a dán HTA Központ, a német Egészségügyi Ellátás Minőségi és Hatásossági Intézet (IQWiG), az Egészségügyi Ellátás Alkalmazott Minőségfejlesztési és Kutatási Intézet (AQUA), a kanadai Gyógyszer- és Egészségtechnológiai Ügynökség, a francia Egészségügyi Főhatóság és a brit Nemzeti Klinikai Kiválósági Intézet (NICE) (Bekkering és Keijnen 2008). Az elmúlt 20 év megmutatta, hogy az egészségügyi technológia értékelésének eredményeit egyre inkább alkalmazzák az ellátási csomagokra és a gyakorlati iránymutatásokra vonatkozó döntésekben. Ugyanakkor az ellátás minőségének gyakorlati mérése kulcsfontosságú abban, hogy vajon az egészségügyi technológiát értékelő tanulmányok által tett ésszerű feltevések és a gyakorlati iránymutatások beváltják-e a hozzájuk fűzött reményeket a mindennapok során (OECD 2010b).

A minőség és a költségek összekapcsolása

Napjaink szűkös pénzügyi feltételek között létező gazdasági számára kiemelt fontosságú az egészségügyi technológiai értékelés és a klinikai értékelések hozzájárulása a makrokiadások féken tartásához – ez különösen így van a finanszírozás, a politika, a tervezés és a szabályozási irányítás esetében (Temple 2007). Ugyanígy a technológiai és a klinikai értékelés alapvető kapcsolatot jelentenek a minőség és a költségek között – amely két dimenzió összeegyeztetése gyakran nem történik meg, és egymástól elkülönítetten kezeli ezeket a kutatás és a politikai közösség is. Ezért van az, hogy a jelenlegi amerikai reformkezdeményezésekben az értékelés központi elemként jelenik meg. Nemrégiben az amerikai kormány 1,1 milliárd USD-t különített el a Hatásosság Összehasonlító Kutatása Szövetségi Koordinációs Tanács (Federal Co-ordinating Council for Comparative Effectiveness Research – FCC-CER) létrehozására, hogy az orvosi kezelések ezreinek hatásosságát (eredményességét) összevesse (Wilensky 2009).

1.2. doboz: EU-együttműködés az egészségügyi technológia értékelése terén

A legtöbb EU-tagállamban az egészségügyi technológia értékelése a tényeken alapuló egészségügyi döntéshozatal fő részét képezi. Az Európai Bizottság célja, hogy a tagállamok közötti együttműködést e területen elősegítse.

Ennek elérése érdekében a Bizottság a tagállamokkal együtt az egészségügyi technológia értékelésének területét célzó közös kezdeményezés kidolgozásán munkálkodik. A Közös Fellépés (Joint Action) célja, hogy:

- világos irányokat határozzon meg arra, hogy mit lehet jobban elérni uniós szinten az egészségügyi technológia értékelésének területén;

- elkerülje a nemzeti hatóságok közötti tevékenységben az átfedéseket;
- minden uniós tagállam hasznára elterjessze a szakértelmet;
- megerősítse az EU-tagállamok által elvégzett értékeléseket;
- átlátható irányítási eszközöket fejlesszen ki, különösen az érintett szereplőkkel;
- közös tudományos felmérések készüljenek a beavatkozásokra, az orvostechikai eszközökre és a gyógyszerekre vonatkozóan;
- az EU Gyógyszerügyi Fóruma által a gyógyszerek relatív hatásosságára tett ajánlásokat végrehajtsák.

A 2010–2012. évekre tervezett Közös Fellépés 24 tagállamot és az EFTA-országok (European Free Trade Association – Európai Szabadkereskedelmi Társulás) közül Norvégiát és Svájcot tömöríti, és az Egészségügyi Programból 6 millió euró összegű (50%-os) támogatásban részesül.

A minőségre vonatkozó bizonyítékok, valamint a politika és a gyakorlat összekapcsolása

Az OECD-országok egyaránt hosszú utat jártak be a tudás és az információk saját egészségügyi rendszereik javítására való felhasználásában (Anderson et al. 2008). Számos ország létrehozott olyan szervezeteket, amelyek a kutatási eredményeket és az ellátás minőségére vonatkozó bizonyítékok kommunikációját célzó hatékony módok kimunkálására szakosodtak. Ezt különböző elnevezésekkel és megközelítésekkel – így például az ismeretek adaptálása, átadása, közvetítése – tették meg, de lényegében mindegyik alapvetően a bizonyítékoknak a gyakorlatban való felhasználását célozzák az ellátás minőségének a javítása érdekében (Barer 2005).

Az alapelv az eltérő megközelítések mindegyikében azonos: csak a potenciálisan hatásos ellátást szabadna nyújtani. Ennek gyakorlati megvalósulása minőségi indikátorokkal követhető. Fontos tudni, hogy az ellátási folyamatok összhangban vannak-e az orvostudománnyal (az ellátásra vonatkozó irányelvek), és mik a tényleges eredmények. Így az ellátás minőségének mérése a nagyobb eredményességért (hatásosságért) való küzdelem része.

1.5. Biztonság – a „minőségszakadék” fennmarad

Talán semmilyen más tárgy nem húzza alá a robusztus irányítás és minőségi monitorozási mechanizmusok fontosságát, mint az orvosilag előidézett kár (iatrogenézis) mértékére és mennyiségére vonatkozó növekvő nyilvános és szakmai tudatosság. Amint azt korábban hangsúlyoztuk, ezen a területen a „minőségi szakadék” („*quality chasm*”) a legnyilvánvalóbban megmarad. Történetileg a rendszeres minőségi monitorozási módszerek és a megfelelő szabályozási folyamatok hiánya azt jelentette, hogy a klinikai hibák rejtve maradhattak. Manapság azonban – a nyilvánosság növekvő tudatosságával és az egészségügyi ellátási folyamatokban való részvételével, a jobb és átfogóbb klinikai adatokhoz való hozzáféréssel és a betegbiztonságra irányuló nagyobb összpontosítással a szerencse megfordulni látszik. A hibákat nagy valószínűséggel jelentik, és gyakoriságuk csökkentésére lépéseket tesznek.

E változások megvalósulásának világos példáját adja a vénás katéterekkel összefüggő fertőzések (central-line associated infections – CLAB) magas száma. Az orvosilag előidézett károkozás e formája még mindig számos kórházban előfordul, annak ellenére, hogy komoly bizonyítékok vannak arra, hogy ez az egyik leginkább elkerülhető károkozás (Marra et al. 2010; Tarricone et al. 2010). Az USA-ban a Leapfrog társult az Egészségügyi Fogyasztói Jelentések (Consumer Reports Health) rögzítését végző céggel, hogy 926 kórházra vonatkozóan a www.consumerreportshealth.org honlapon közzétegye a kórházi fertőzési arányokat. Az online fertőzési arányok elképesztő különbségeket mutatnak ugyanazokban a városokban, sőt akár ugyanazon egészségügyi ellátórendszeren belül is.

A Leapfrog közzétette azon kórházak listáját is, amelyek visszautasították a 2009. évi Leapfrog Kórházi Kérdőív kitöltését; az volt a céljuk, hogy a részt nem vevő intézményeket „megnevezzék és megszégyenítsék”. A Leapfrog továbbá arra serkenti a fogyasztókat, hogy tudakolják meg: jelent-e információkat az adott kórház a kritikus biztonságra vonatkozóan? A kórházi véráramfertőzések az évente mintegy 99 ezerre becsült kórházi fertőzéssel összefüggő halálozás legalább 30%-át teszik ki az USA-ban, ami az elkerülhető egészségügyi ellátási kiadásokban kb. 1,7-21,4 milliárd amerikai dollárt tesz ki. Az olyan biztonsági programok, mint a michigani Keystone projekt megmutatják, hogy a kórházak e fertőzési arányokat az intenzív osztályokon képesek nullára csökkenteni (Posa et al. 2006; The Leapfrog Group 2010).

Az ilyen kezdeményezések nem korlátozódnak az Amerikai Egyesült Államokra. 2004 óta az Egészségügyi Világszervezet Globális Betegbiztonsági Szövetsége (WHO Global Alliance on Patient Safety) világszerte számos – rendszerszintű és technikai aspektust lefedő – programot működtet a betegbiztonság javítása érdekében. E kezdeményezések elsődleges célja a minőségi indikátorok támogatása és fejlesztése (Wilson és Walker 2009; Weiser et al. 2010). Dániában – ahol a jelentéstétel kötelező, bizalmas és nem büntető, a betegbiztonsági eseteket leíró minőségi indikátorokat nemzeti szinten öt évre szólóan teszik közzé. A kezdeményezés a dán folyamatos minőségfejlesztő program központi eleme (Hellebek és Marinakis 2009; lásd 4.2. doboz).

A megelőzhető káros események minőségére vonatkozó információkat Svédországban is alkalmazzák. Egy 2009. évi tanulmány bemutatja, hogy a kórházi felvételek több mint 12%-ában kimutatható volt káros esemény; ezek 70%-a megelőzhető lett volna, és ebből 55% károsodást vagy fogyatékosságot okozott, és átlagosan 6 nappal hosszabbította meg a kórházi tartózkodás időtartamát. Ha ezeket a mutatókat az éves svédországi 1,2 milliós betegfelvételre vetítjük, jól látható, hogy összességében éves viszonylatban ez 105 ezer megelőzhető káros eseményt és 630 ezer nap kórházi tartózkodást okoz (Soop et al. 2009).

Az említett példák jól mutatják a megbízható, szilárd minőségi indikátorok fontosságát, és nyomatékossítják azoknak a tragikus és költséges események megelőzésében játszott sarkalatos szerepét.

A 2. fejezet 2.6. alfejezete bemutatja az orvosi hibák okainak megértését és azok kategorizálására kialakítandó tipológia fejlesztését célzó nemzetközi törekvéseket. Ezen túlmenően ez az alfejezet a betegbiztonsági kezdeményezések mérésével, jelentésével és végrehajtásával kapcsolatos folyamatról is számot ad.

1.6. Eredményfüggő finanszírozás

Történelmileg a szolgáltatókat díjazó rendszerek zöme korábban nem vette figyelembe a minőséget. Ez részben azon a feltételezésen alapul, hogy az orvosok mindent elkövetnek a legjobb minőségű ellátás érdekében. Azt is vélelmezzük, hogy a kórházak mindent megtesznek a sérülések és a betegségek kezelését, gyógyítását elősegítő megfelelő környezet kialakításaért. Tények igazolják azonban, hogy a klinikai gyakorlat nem elhanyagolható része komolyan megkérdőjelezhető – a minőség és a költség vonatkozásában (lásd az 1.4. alfejezetet előbb).

Minden OECD-országban sok erőfeszítést tesznek az alapellátásban, a fekvőbeteg-ellátásban és a megelőzésben, hogy ösztönözzék a bizonyítékokon alapuló protokollok alkalmazását, egyúttal csökkentsék az egészségügyi ellátásban ugyanarra a problémára alkalmazott eljárások nagymértékű különbségét. Az eredményfüggő finanszírozási (*pay for performance*) rendszerek túlmennek azon, hogy a szolgáltatókat az egészségügyi ellátás minőségének javítására buzdítsák (Conrad és Perry 2009). Az eredményfüggő finanszírozási rendszerek indikátorainak a szélesebb egészségügyi rendszerbe való integrálása szükségszerű, de az is fontos, hogy a szolgáltatókat ne csak az indikátorokra fordítsanak figyelmet, és más fontos területeket elhanyagoljanak (Fink 2008). A brit Minőség és Eredménykeret (Quality and Outcomes Framework – QOF) projekt (lásd 1.3. doboz) megmutatta a széleskörűen alkalmazott indikátorok előnyeit, amelyekkel elkerülhetők az egészségügyi ellátás minőségének szűkített megközelítéséből származó fonák megközelítések. Bár az intézkedés alapos értékelése még nem történt meg, vannak már jelek arra, hogy a megközelítés az ellátás minőségét javítja, és csökkenti az egyenlőtlenségeket. Hasonló tapasztalatokról számoltak be Koreából is (lásd 1.4. doboz).

1.3. doboz – Esettanulmány: az Egyesült Királyság Minőségi és Eredménykerete – a kezdeményezés hatásának rövid értékelése

A Minőségi és Eredménykeret (Quality and Outcomes Framework – QOF) egy Egyesült Királyság-szerte alkalmazott eredményfüggő finanszírozási kezdeményezés, amely az alapellátás minőségi sztenderdjeit kívánta javítani, és amely 2004 óta az Egyesült Királyságban működő háziorvosokkal megkötött új szerződések alapvető elemét képezte (Walker et al. 2010). Ez a rendszer a háziorvosokat 135 klinikai és nem klinikai indikátor alapján elért teljesítménye szerint díjazza. Az indikátorok négy fő területet érintenek: *klinikai* (pl. szívkoronaér-betegség, stroke és diabétesz mellitus); *szervezeti* (pl. adatok és információ, betegek tájékoztatása, oktatás és képzés, gyakorlati menedzsment); *a betegek ellátására vonatkozó tapasztalatai* (pl. a konzultációk időtartama, hozzáférés); és *kiegészítő szolgáltatások* (pl. méhnyakrákszűrés és gyermek-egészségügyi felügyelet).

Minden egyes indikátorhoz teljesítménypontokat rendelnek, és a díjazás a pontok szerint történik; 2008/2009-ben a pontok megoszlási aránya a következő volt: klinikai 65%, szervezeti 16,75%, betegtapasztalatok 14,65% és kiegészítő szolgáltatások 3,60%.

Bár a QOF rendszerben való részvétel önkéntes, a részvételi arány az Egyesült Királyságban nagyon magas, és 2008/2009-ben a részt vevő praxisokkal lefedett népesség aránya a becslések szerint mintegy 99,7% volt (NHS 2009). A program kezdete óta magas az átlagos teljesítmény az Egyesült Királyságban; az első évben (2004/05) meghaladta a 91%-ot. Az Egészségügyi Minisztérium által költségvetési tervezési céllal alkalmazott várható teljesítményszinteket 75%-osra becsülték. Az alulbecslés az első két év 1,5 milliárd fontos túlköltségéből eredt (NHS 2008).

A QOF magas költségei, a túlköltség és a háziorvosok fizetésének növekedésével összefüggő kedvezőtlen publicitás eredményeként a rendszer aktuális költséghatékonysága ellentmondásossá vált.

A QOF költséghatékonyságára vonatkozó bizonyíték értékelése

2009 áprilisában az Egészségügyi Minisztérium a QOF fejlesztésével kapcsolatos felelősséget a Nemzeti Egészségügyi és Kiválósági Intézetnek (NICE) adta át. Ez a változás abból az igényből eredt, hogy a QOF költséghatékonysági aspektusa fokozódjon, és a háziorvosok betegközpontú egészségügyi eredményeivel összefüggő munkateherre vonatkozó díjazása egyensúlyba kerüljön (NHS 2008). Számos magas színvonalú tanulmány vizsgálta a QOF költséghatékonyságát. Az 1.3. doboz alábbi részében összefoglaljuk a legjellemzőbb ténymegállapításokat.

Összefoglalás – a QOF jó minőségfejlesztő rendszer?

Leszűrhetjük-e azt a következtetést, hogy az eredményfüggő finanszírozás e módja valóban eredményes („value for money”)? Potenciálisan igen, de ha figyelembe vesszük a kezdeti magas költségeket és azt a tényt, hogy az alappályákkal összehasonlítható javulás szerény mértékű, akkor ez azt valószínűsíti, hogy a QOF valós értéke alacsonyabb, mint ami eredetileg várható volt. Továbbá bizonyos tények azt sugallják, hogy a háziorvosok produktivitása gyakorlatilag 2,5%-kal esett vissza 2004-ben és 2005-ben, ami nyilvánvalóan ellentmond az Egészségügyi Minisztérium által az NHS produktivitásában várt 1,5%-os növekedésnek (ONS 2008).

Folyóirat/dokumentum hivatkozás	Fő megállapítások
Sutton, M. et al. (2010): Record Rewards: The Effect of Targeted Quality Incentives on the Recording of Risk Factors by Primary Care Providers. <i>Health Economics</i> , 19, 1–13.	A QOF-fel ösztönzött kockázati tényezők dokumentálása – szemben a nem ösztönzött kockázati tényezőkkel – széles körűvé vált (minden vizsgált kockázati tényező azonos súlyú volt a QOF rendszerben) A tanulmány rámutatott egy ún. „túlcsoordulási” (<i>spill over</i>) hatásra. Más klinikai kockázati tényezők is, amelyekhez a QOF nem kapcsolt ösztönzőket, nagyobb valószínűséggel kerültek dokumentálásra, összehasonlítva a nem célzott betegkockázati tényezőkkel.
Gravelle, H. and Sutton, M. (2008): <i>Doctor Behaviour Under a Pay-for-Performance Contract: Further Evidence from the Quality and Outcomes Framework</i> . Centre for Health Economics Research Paper, No. 34, University of York.	- Az átlagos praxisteljesítmény meghaladta a teljesítményfinanszírozás maximális értékét. Átlagosan a praxisok mintegy 12%-kal csökkenthették volna a teljesítményszintet úgy, hogy az nem csökkenti a jövedelmüket. - Átlagban a QOF eredményességi szintek alacsonyabbak voltak azokban a praxisokban, amelyek nagyobb arányban láttak el alacsony jövedelmű vagy etnikai kisebbséghez tartozó betegeket. A kivételesként kezelt esetek mintegy 11%-a nem megfelelően lett besorolva.

Folyóirat/dokumentum hivatkozás	Fő megállapítások
University of York (2008): <i>The GMS Quality and Outcomes Framework: Are the QOF Indicators a Cost Effective Use of NHS Resources?</i> Centre for Health Economics.	A QOF-indikátorok esetében – ahol a költségekre és az eredményre vonatkozóan bizonyíték állt rendelkezésre – minden 2004/2005-ben elvégzett beavatkozást költséghatékonyak mutatnak ki a kiinduló helyzet igénybevételi adataihoz képest.
University of East Anglia (2008): <i>Potential Population Health Gain of the Quality and Outcomes Framework</i> . Report to the Department of Health.	- A tanulmány úgy értékeli, hogy a 2006/2007-re meghatározott klinikai indikátorok teljesülése 100 ezer főre vetítve évente 452 életet képes megmenteni. (Ez az érték 394-re csökken, amennyiben a 2006/2007-ben kivételként kezelt eseteket beszámítják.) - A QOF-rendszerben a szívkoronaér-betegség és a diabétesz terén megtakarítások voltak elérhetők, ugyanakkor a szerzők kiemelik, hogy az QOF alaptevékenységeinek jelentős része már a QOF végrehajtását megelőzően is működött az alapellátásban. A tanulmányban leírt lehetséges nyereségek nem mutatják be a QOF-nek közvetlenül betudható marginális előnyöket.
Walker, S., Mason, A., Claxton, K., Cookson, R., Fenwick, E., Fleetcroft, R. and Sculpher, M. (2010): Value for Money and the Quality and Outcomes Framework in Primary Care in the UK NHS. <i>British Journal of General Practice</i> , 60 (574, May).	A több mint 100 indikátor közül 9-nél az ösztönző QOF-díjazás valószínűleg a háziorvosi praxis nagy arányában az erőforrások költséghatékony alkalmazásának tudható be, még akkor is, ha a QOF csak mérsékelt javulást eredményez az ellátásban. Bár a legtöbb indikátor esetében a költséghatékonyág elérése 1%-os változást igényelt, néhány indikátor esetében a teljesítménynek 20% körül kellett javulnia. A tanulmány a száznál is több QOF-indikátor közül csak 9-et vizsgált. A QOF végrehajtásának és fenntartásának adminisztratív költségeit nem vették figyelembe.

1.4. doboz – Korea eredményfüggő finanszírozási megközelítése

A koreai kórházak több mint 99%-a elektronikus adatátviteli eljárásokat alkalmaz, és egy egyedülálló betegazonosítási rendszer is működik. Mindez biztosítja az ellátás minőségének javítását célzó innovatív megközelítéshez a szükséges infrastrukturális hátteret. A koreai Egészségbiztosítási Ellenőrzési és Értékelési Szolgálat (Health Insurance Review and Assessment Service – HIRA) jelenleg 26 területen folytat minőségi vizsgálatokat, beleértve a szívinfarktust, a stroke-ot, a szívkoszorúér-betegséget (bypass beültetése), a megelőző antibiotikum alkalmazását nyolc sebészeti eljárás esetében, a hemodialízist, a pszichiátriai kórházakat, a tartós ápolást nyújtó kórházakat, 8 sebészeti mennyiségi indikátort, a felesleges császármetszési arányt, a magas vérnyomást és a felírási gyakorlatokat. Az e vizsgálatokon alapuló minőségi indikátorokra vonatkozó információk közzététele jelentős javulást hozott az ellátás minőségében, és csökkentette a minőségi változatokat. 2007-ben Korea továbblépett, és bevezette a kiegészítő teljesítményfinanszírozási demonstratív programot. Az új teljesítményfinanszírozási rendszer elnevezése a HIRA – Értéktöbblet Program (HIRA – Value Incentive Programme, VIP). A rendszer 43 kórházat fed le, és értékeli azok teljesítményét az akut szívinfarktus kezelésében és a felesleges császármetszési arányt. Mindezek alapján a program jelentős pozitív minőségi hatást gyakorolt az akut szívinfarktusos betegek kezelésére, a császármetszési arány azonban csak kismértékben csökkent. A program gazdasági hatásának becslése viszont jelentős mértékű.

1.7. Minőségvezérelt irányítás

Amint azt a korábbi fejezetek bemutatták, az ellátás minőségének mérése központi szerepet tölt be az egészségügyi ellátás minőségének és költséghatékonyságának javítását célzó hatékony politikák fejlesztésében. Az ellátás minőségi indikátorainak mérése és alkalmazása valóban jelenleg a legtöbb egészségpolitikai döntés középpontjában áll, előrevetítve a minőségvezérelt irányítás korszakát. Ez pedig az egészségmegőrzés, a kockázatmegelőzés és az egészségügyi ellátás nyújtásának koordinációjában a korábban meglévő elkülönült, széttagozott megközelítéssel szemben egy lépésváltást jelenít meg.

A minőségvezérelt irányítás az egészségügyi rendszerek újratervezésében vezérlőerővé válik; a minőségi indikátorok a kulcsfontosságú irányítási funkciókba – így például a számonkérhetőség, felelősség, a stratégiai fejlesztés és a kölcsönös tanulás – ágyazottak. Mindazonáltal ahhoz, hogy e funkciók pontosan teljesüljenek – különösen a nemzetek közötti összehasonlítás szempontjából – a minőségi indikátorok alkalmazásával kapcsolatos néhány általános alapelvet szükséges figyelembe venni. Az 1.5. doboz összefoglalja azt a hét kulcsfontosságú alapelvet, amelyeket szem előtt kell tartanunk.

1.5. doboz – Körültekintő bánásmód: a minőségi indikátorok alkalmazásakor figyelembe veendő hét alapelv

1. alapelv: Megfelelés a célnak

A minőségmérés indikátorainak kiválasztása az elérni kívánt cél világos meghatározásával kell kezdődjön. A külső fókusszal megtervezett indikátorok (így pl. az ellenőrzés, a felelősség, a kiugró értékek azonosítása, a beteg választási lehetősége) a belső fókusszal megtervezett indikátoroktól (pl. minőségjavítás) eltérő jellemzőket követelnek meg. Külső alkalmazásra a minőségmérésnek érzékenynek kell lennie a biztonsági kockázatokra, és jeleznie kell az idő során bekövetkező változásokat, valamint képesnek kell lennie arra, hogy a szolgáltatások közötti jelentős különbségeket megmutassa. Belső használatra sokkal speciálisabb minőségmérések szükségesek a folyamat időbeli monitorozására, és jelzéseket kell kapnunk, amelyekhez világos és megvalósítható menedzsment válaszok rendelkeznek.

2. alapelv: Világos jelzés

A jelentős előrehaladás dacára az eredménymérések validitása gyakran vitatható. Például a mortalitásra vagy a komplikációkra vonatkozó kimeneti információk gyűjtése hasznos, azonban gyakran nehéz meghatározni, hogy az észlelt különbség az ellátás minőségében megmutatkozó különbségek következménye-e, vagy sem. Például a műtéti beavatkozásokat követő nyers kórházi halálozási arányokat arra szokás használni, hogy a kórház jó vagy rossz minőségű ellátást nyújt. Mindazonáltal a komplikációkra és a komorbiditásra vonatkozó statisztikai kiigazítás nélkül nem mondható meg, hogy a kórházak közötti különbség az ellátás eltérő minőségének tudható-e be. Egy kórház foglalkozhat csak egyszerű, nem komplikált betegekkel, míg mások a legbonyolultabb eseteket kezelhetik.

3. alapelv: Megbízhatóság

A minőségmérés megbízhatósága összefügg az alapadat minőségével és az alkalmazott módszer megalapozottságával. A megbízhatóság aggályos lehet, ha a minőségi indikátorok olyan adatbázisokból erednek, amelyek csak közvetett módon kapcsolódnak az ellátásnyújtás elsődleges folyamatához és az adatregisztrációhoz.

4. alapelv: Kerüljük el az egyetlen indikátor alkalmazását!

Az ellátás minőségének különböző dimenziói léteznek (hatásosság, biztonság, a betegek tapasztalatai), és egy adott egészségügyi ellátószervezet (pl. a kórház vagy a háziorvosi praxis) különböző betegellátási folyamatokon keresztül nyújtja az ellátást, számos szakember és technológia segítségével. Minden különböző minőségi aspektusra és minden alapvető szolgáltatásra vonatkozó, kizárólag egyetlen indikátor alapján tett következtetés valószínűleg értelmetlen. Még az indikátorkosárnak is megvannak a maga korlátai. A szervezeti kontextust és az egészségügyi ellátás és egészségi állapotjavulás kapcsolatát befolyásoló tényezőkre vonatkozó helyi tudást is figyelembe kell venni, amikor az akár jól kimunkált indikátorokat is értelmezzük.

5. alapelv: A lánc annyira erős, amennyire erős annak leggyengébb láncszeme

Az általánosítás elkerülése érdekében számos kísérlet történt összetett indikátorok kimunkálására, amelyek összegzik a szélesebb körű összetevők mérését. Bár ez a megközelítés vonzónak tűnik – egyszerűség és világosság –, az eredmények félrevezetőek lehetnek. Az egyes összetevő indikátorok gyengeségei gyakorta rejtve maradnak, és a különböző indikátorkomponensek közötti súlyozás sokszor nem empirikus információkon alapul, vagy esetleg az adott indikátort nem is jelentik. Ezért az összesített „eredmény” megkérdőjelezhető, mert a megbízhatóságát egy vagy több indikátorkomponens alááshatja.

6. alapelv: A „bajnoki tabella” növelheti az érdeklődést, de nem mindig megfelelő

Az indikátorkomponensek kimunkálásában megmutatkozó módszertani korlát igaz a bajnoki tabellákra is. Az alapvető komponensekben meglévő gyengeségek elfedhetők, a súlyozás nem feltétlenül felhasználó alapú és a rangsorolás valós különbségeket sugallhat (megalapozatlanul) a mért egységekben, így például a kórházak, az országok esetében. Továbbá a megfelelően kalkulált konfidenciaintervallum-bebecslések nélkül a rangsorolások, amelyek a minőségben abszolút különbségekre utalhatnak, valójában nem sokkal szignifikánsabbak, mint a véletlen eltérések. A bajnoki tabellákkal ezért – különösen azokat, amelyeket a hivatalos csatornákon keresztül tesznek nyilvánossá – óvatosan kell bánnunk.

7. alapelv: Legyünk tudatában a „játszmáknak” és a nem szándékos következményeknek

Általánosságban elmondható, hogy az ellátás minőségére vonatkozó információk jelentése a teljesítmény javulásához vezethet. Mindazonáltal az ellátás bizonyos aspektusaira vonatkozó jelentés olyan káros hatásokat idézhet elő, mint az adatokkal való „játszmák” vagy a nyílt csalás. Például a kórházi halálozási arányokról szóló jelentés a múltban arra ösztönözhetette a kórházi szakembereket, hogy saját halálozási arányaikat azzal javítsák, hogy a haldokló betegeiket máshova helyezték. Továbbá, ha az indikátorok a fő betegségekre összpontosítanak, mint például a diabétesz vagy a krónikus szívelégtelenség; ez a jelentésekben és a díjazásban csökkenti majd az érdeklődést a kevésbé prominens betegségek iránt. A negatív kimenetekre (biztonság, komplikáció) vonatkozó jelentésnek a pozitív eredményekre (javuló működés, túlélés) vonatkozó jelentéssel egyensúlyba kell kerülnie – ezzel is elősegítve az egészségügyi ellátásban a kiegyensúlyozott kockázat-ellenőrzési és kockázatvállalási kultúrát.

1.8. A minőségvezérelt irányítás országokon átívelő jellege

Az ellátás minőségének nemzetközi összehasonlításai – így például az OECD által kialakított Egészségügyi Minőségi Indikátorok Projekt (Health Care Quality Indicators Project – HCQI, 2009) – az újságírók és a politikaalkotók érdeklődésére tartanak számot. Bár az összehasonlítható adatszolgáltatásban meglévő mód-

szertani kihívások széles körűek, a nemzetek közötti tanulási potenciál jelentős. Figyelembe véve az OECD-országok egészségügyi ellátórendszereivel szembeni epidemiológiai, gazdasági, társadalmi és technológiai igényeket, a politikaalkotók példákat, viszonyítási pontokat és megoldásokat keresnek e nyomások megfelelő kezelésére.

Az ellátás minőségére vonatkozó nemzetközi összehasonlítások iránti egyre növekvő érdeklődés számos tényezőnek tulajdonítható. Először is: a nyilvánosság és a média egyre nagyobb valószínűséggel szeretné a politikaalkotókat elszámoltathatóvá tenni. A nemzetközi adatok ezért kulcsfontosságú szerepet játszanak az elszámoltathatóságban, amikor az országok összehasonlítják saját viszonylagos teljesítményüket más országokéval. Például az egészségügyi rendszereik negatív felhasználói tapasztalatai a kormányokra erőteljesebb nyomást gyakorolhatnak abban, hogy más – eltérő struktúrákkal rendelkező – országokban keressék a bevált gyakorlatokat és a levonható egészségpolitikai következtetéseket (Schoen et al. 2005).

Másodszor: a nemzetközi összehasonlításokból eredő, teljesítményre vonatkozó információk a trendekre vonatkozó adatokkal és a körültekintő egészségpolitikai elemzéssel együtt inputot szolgáltatathat a nemzeti stratégiai fejlesztéshez (Hsiao 1992). Továbbá az ellátás minőségére vonatkozó nemzetközi összehasonlításokból származó stratégiai teljesítményinformáció döntéshozatali folyamatokba való beágyazásával a politikaalkotók felmérhetik és újragondolhatják stratégiáikat, terveiket, politikáikat és az ezekkel kapcsolatos célokat a teljesítmény javítása érdekében (Veillard et al. 2010).

A *kölcsönös tanulás* jelenti a nemzetközi összehasonlítások harmadik funkcióját. Valóban, az Egyesült Királyság (Lomas 2006), a Kaiser Permanente (Frølich et al. 2008) vagy az amerikai Veteránok Egészségügyi Ellátásának Hatósága (Veterans Health Administration in the United States) (Kerr és Fleming 2007) által nyújtott teljesítményadatokon alapuló hatékony teljesítményfejlesztés más rendszerek számára is lehetővé tette, hogy az erőfeszítésekből tanuljanak, és azokkal versengjenek. Az adatbázisok megbízhatóbbá válásával lehetővé válik a jobb teljesítményhez hozzájáruló tényezőelemzés, és ez a tudás az egészségügyi rendszer minőségfejlesztésére vonatkozó, még mindig korlátozottan rendelkezésre álló tényeken alapuló ismeretek fontos részét alkotja. Azon kormányok esetében, amelyek ilyen jellegű összehasonlítások elvégzésére szakértői csoportokat hoznak létre, a hasonló kihívások és tapasztalatok megosztásában meglévő érték nagymértékben növekszik.

A teljesítménymérés összekapcsolása a teljesítménymenedzsmenttel, a teljesítményinformációk értelmes módon való értelmezése a politikaalkotók számára, a benchmarkingba való befektetés és a kölcsönös tanulás a kormányok számára erőteljes eszközök a kiváló egészségügyi rendszerteljesítmény eléréséhez. Az OECD HCQI projekt az összehasonlítási törekvések ezen irányba tartó jó példája. A tapasztalatok köre növekvő, és lefedi az egészségügyi rendszer egyes szintjeire vonatkozó – különböző szempontú – összehasonlításokat. A módszertani problémák idővel kezelhetők, de az ilyen jellegű tevékenység még mindig komoly idő- és pénz-befektetéseket követel meg.

1.9. Stratégiai alapú minőségi indikátor: a benchmarking rendszer

Az összehasonlítási törekvésekben meglévő módszertani problémák ellenére a különböző benchmarking kezdeményezések megmutatják, hogy az OECD-országok komolyan érdekeltek saját teljesítményük összehasonlításában és a jobban teljesítők egészségpolitikai tanulságainak elsajátításában. A benchmarkok kiválasztása sokkal pragmatikusabbá válik, és egyre inkább az egészségügyi ellátás minőségfejlesztését javító specifikus stratégiák és a teljesítmény iránti elvárások határozzák meg. A teljesítménymérés így az egészségügyi ellátás minőségfejlesztésére vonatkozó politikai párbeszéd alapjává válik, különösen annak a tapasztalatnak a megosztásában, hogy a jobb teljesítményt felmutató országok mit tettek a nagyobb teljesítmény elérése érdekében.

E szempontból egy jól megalkotott benchmarking rendszerben megvan a lehetőség arra, hogy irányt mutasson a politikafejlesztésnek, és mind előremutatóan, mind visszamenőlegesen alkalmazzák azt (Nolte et al. 2006). Ez hozzájárulhat a múltbeli teljesítmény és egyes teljesítményminták mögötti okok (visszamenőleges alkalmazás) jobb megértéséhez, illetve segíthet abban, hogy a jövőbeli teljesítmény javítását célzó stratégiákat áttekinthessék (előremutató alkalmazás).

Az ilyen stratégia alapú minőségi indikátor benchmarking rendszer jellemzői az alábbiak:

- **Stratégiai fókusz:** az egészségügyi rendszer stratégiája és a nemzetközi benchmarking erőfeszítések közötti kapcsolat biztosítja, hogy az egészségpolitikai tanulságok eljussanak azokhoz, akik a gyakorlatban fel tudják azokat használni (a politikaalkotók).
- **Alkalmazkodókészség és rugalmasság:** a benchmarking törekvéseket átfogó tanulmányok (teljes egészségügyi rendszer összehasonlítás) vagy szűkebb témájú tanulmányok is vizsgálhatják olyan eszközök révén, amelyek a politikaalkotók terveinek időkeretébe is beilleszthetők (pl. beteg-kérdőívek összevetésén keresztül).
- **Adatszunderdizálás:** erőfeszítések történtek az adatok sztenderdizálása és a megbízható összehasonlítások elősegítése érdekében.
- **Politikai fókusz a kutatási fókusz helyett:** a benchmarking rendszereket nem szakértők vagy kutatók irányítják, hanem egészségpolitikusok, akiket a szakértők és a kutatók támogatnak.
- **Erőfeszítések a teljesítményinformációknak és az egészségpolitikai tanulságoknak a döntéshozók számára történő „lefordítására”:** egyre inkább új eszközöket és megközelítéseket alkalmaznak arra, hogy az adatokat a politikusok számára érthető módon közvetítsék, ugyanakkor csökkentsék az igényt az országok „bajnoki tabellán” való rangsorolása iránt.
- **Érzékenység a politikai szempontok és a kontextus figyelembevételére:** az indikátoradatok értelmezése nem veszítheti el
 - a politikai kontextus szempontjait, amelyen belül ezeket mérik;
 - a politika kialakításában és végrehajtásában részt vevő szereplőket;
 - a különböző politikák hatásainak vizsgálatához szükséges időtartamot; és
 - az egészségügyi ellátás azon aspektusait, amelyek a rendelkezésre álló adatokkal nem mérhetők.

A nemzetek között összehasonlítható minőségi adatok manapság gyakran szerepelnek a nemzeti teljesítmény jelentésekben, és a nemzeti minőségfejlesztési kezdeményezésekhez és politikákhoz kapcsolva jelennek meg. Például a 2008. évi holland Egészségügyi Ellátás Teljesítményére vonatkozó Jelentés (Netherlands Health Care Performance Report) a nemzeti teljesítményt az OECD HCQI projektjében alkalmazott adatoknak megfelelően mérte. Nemcsak a lehetséges fejlődés és tanulás területeit emelte ki a jelentés, hanem annak fontosságát is, hogy a minőség a szabályozott egészségügyi ellátási piacok mozgatóereje. A dán Kórházi Szektor 2010. évi jelentése a HCQI-adatokat a minőségi teljesítmény más OECD-országokkal és az OECD-átlaggal való összehasonlításra használta. Az angol Nemzeti Minőségi Testület (England National Quality Board) 2009/10. évi éves jelentésében az ellátás minőségére vonatkozó saját teljesítményét számos OECD HCQI indikátorral összehasonlította.

A 4. fejezet tovább vizsgálja azt a kérdést, hogy a minőségi indikátorokat hogyan lehet aktívan alkalmazni a rendszerteljesítmény javításában azzal, hogy bemutatjuk: a minőségi indikátorokat milyen módon lehet összekapcsolni az ellátás minőségének javítását célzó más nemzeti stratégiákkal. Mielőtt azonban erre sor kerül, a következő fejezet az ellátás minőségének meglévő bizonyítékait tekinti át az egyes országokban.

Hivatkozások

- Anderson, S., Allen, P. et al. (2008): Asking the Right Questions: Scoping Studies in the Commissioning of Research on the Organisation and Delivery of Health Services. *Health Research Policy and Systems*, 6 (7).
- Asch, S. (2006): Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-quality Health Care? *New England Journal of Medicine*, 354 (11), 1147–1156.
- Barer, M. (2005): Evidence, Interests and Knowledge Translation: Reflections of an Unrepentant Zombie Chaser. *Healthcare Quarterly*, 8 (1), 42, 46–53.
- Bechtel, C. and Ness, D. (2010): If You Build It, Will They Come? Designing Truly Patient-centered Health Care. *Health Affairs* (Millwood), 29 (5), 914–920.
- Bekkering, G. and Kleijnen, J. (2008): Procedures and Methods of Benefit Assessments for Medicines in Germany. *European Journal of Health Economics*, 9 (Suppl. 1), 5–29.
- Blobel, B., Kalra, D. et al. (2009): The Role of Ontologies for Sustainable, Semantically Interoperable and Trustworthy EHR Solutions. *Studies in Health Technology and Informatics*, 150, 953–957.
- Callaly, T. and Fletcher, A. (2005): Providing Integrated Mental Health Services: A Policy and Management Perspective. *Australasian Psychiatry*, 13 (4), 351–356.
- Care Quality Commission (2009): National Study Closing the Gap Tackling Cardiovascular Disease and Health Inequalities by Prescribing Statins and Stop Smoking Services.
- Chalkidou, K. (2010): The (Possible) Impact of Comparative Effectiveness Research on Pharmaceutical Industry Decision Making. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 87 (3), 264–266.
- Chen, J., Tian, J. et al. (2010): The Effect of a PPO Pay-for-Performance Program on Patients with Diabetes. *American Journal of Managed Care*, 16 (1), e11–e19.

- Conrad, D. and Perry, L. (2009): Quality-based Financial Incentives in Health Care: Can We Improve Quality by Paying For It? *Annual Review of Public Health*, 30, 357–371.
- Delnoij, D., Klazinga, N. et al. (2002): Integrated Care in an International Perspective. *International Journal of Integrated Care*, 2, e04.
- Dorr, D., Wilcox, A. et al. (2006): Implementing a Multidisease Chronic Care Model in Primary Care Using People and Technology. *Disease Management*, 9 (1), 1–15.
- Fink, K. (2008): Value-driven Health Care: Proceed with Caution. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21 (5), 458–460.
- Frølich, A., Schiøtz, M. et al. (2008): A Retrospective Analysis of Health Systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research*, 11 (8), 252.
- Gagnon, M. L. et al. (2009): Interventions for Promoting Information and Communication Technologies Adoption in Health Care Professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD006093.
- Grol, R., Giesen, P. and van Uden, C. (2006): After-hours Care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New Models. *Health Affairs (Millwood)*, 25 (6), 1733–1737.
- Grol, R. and van Weel, C. (2009): Getting a Grip on Guidelines: How to Make them More Relevant for Practice. *British Journal of General Practice*, 59 (562), e143–e144.
- Hashtroudi, A. and Paterson, H. (2009): Occupational Health Advice in NICE Guidelines. *Occupational Medicine (London)*, 59 (5), 353–356.
- Hellebek, A. and Marinakis, C. (2009): Decision Support to Avoid Medication Errors – How Far Have We Come in Denmark and What Are the Present Challenges. *Studies in Health Technology and Informatics*, 148, 25–31.
- Hofmarcher, M., Oxley, H. and Rusticelli, E. (2007): *Improved Health System Performance Through Better Care Co-ordination*. Paris, OECD Publishing.
- Hsiao, W. (1992): Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn from One Another. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17 (4), 613–636.
- Institute of Medicine (2001): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Committee on Quality Health Care in America. Washington, DC, National Academy of Sciences,
- Kelly, M., Stewart, E. et al. (2009): A Conceptual Framework for Public Health: NICE's Emerging Approach. *Public Health*, 123 (1), e14–e20.
- Kerr, E. and Fleming, B. (2007): Making Performance Indicators Work: Experiences of US Veterans Health Administration. *British Medical Journal*, 335 (7627), 971–973.
- Killoran, A. and Taylor, L. (2009): NICE Public Health Guidance: What's New? *Journal of Public Health (Oxford)*, 31 (2), 296–297.
- Killoran, A. and White, P. (2010): NICE Public Health Guidance. *Journal of Public Health (Oxford)*, 32 (1), 136–137.
- Kodner, D. and Spreeuwenberg, C. (2002): Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications – A Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12.

- Landon, B., Gill, J. et al. (2010): Prospects for Rebuilding Primary Care Using the Patient-centered Medical Home. *Health Affairs* (Millwood), 29 (5), 827–834.
- Lester, H., Schmittiel, J. et al. (2010): The Impact of Removing Financial Incentives from Clinical Quality Indicators: Longitudinal Analysis of Four Kaiser Permanente Indicators. *British Medical Journal*, 340, c1898.
- Lloyd, J. and Wait, S. (2006): *Integrated Care: A Guide for Policy Makers*. Alliance for Health and the Future, London.
- Lomas, J. (2006): Commentary: Whose Views Count in Evidence Synthesis? And When Do They Count? *Healthcare Policy*, 1 (2), 55–57.
- Madhok, R. (2002): Crossing the Quality Chasm: Lessons from Health Care Quality Improvement Efforts in England. *Proceedings* (Baylor University Medical Center), 15 (1), 77–83.
- Marra, A., Cal, R. et al. (2010): Impact of a Program to Prevent Central Line-associated Bloodstream Infection in the Zero Tolerance Era. *American Journal of Infection Control*, 38 (6), 434–439.
- Melby, L. and Helleso, R. (2010): Electronic Exchange of Discharge Summaries Between Hospital and Municipal Care from Health Personnel's Perspectives. *International Journal of Integrated Care*, 10, e039.
- Mikalsen, M., Walderhaug, S. et al. (2007): Linkcare – Enabling Continuity of Care for the Chronically Ill Across Levels and Profession. *Studies in Health Technology and Informatics*, 129 (Pt. 1), 3–7.
- Morris, A., Stewart, T. et al. (2010): Establishing an Antimicrobial Stewardship Program. *Healthcare Quarterly*, 13 (2), 64–70.
- NHS – National Health Service (2008): *Developing the Quality and Outcomes Framework: Proposals for a New Independent Process*.
- NHS – National Health Service (2009): *Quality and Outcomes Framework Achievement Data 2008/09*. Health and Social Care Information Centre.
- Nicklin, W., Greco, P. et al. (2009): Healthcare-associated Infections: Infection Prevention and Control Within the Accreditation Canada Qmentum Program. *Healthcare Papers*, 9 (3), 26–31.
- Nolte, E., Bain, P. and McKee, M. (2006): Diabetes as a Tracer Condition in International Benchmarking of Health Systems. *Diabetes Care*, 29 (5), 1007–1011.
- OECD (2010a): *OECD Health Data*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2010b): *Value for Money in Health Spending*. Paris, OECD Publishing.
- OECD (2010c): *Health System Priorities When Money is Tight. Ministerial Background Note*. Paris, OECD Publishing.
- ONS – Office for National Statistics (2008): *Public Service Productivity: Health Care*.
- Ouwens, M., Hulscher, M. et al. (2009): Implementation of Integrated Care for Patients with Cancer: A Systematic Review of Interventions and Effects. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (2), 137–144.
- Ouwens, M., Wollersheim, H. et al. (2005): Integrated Care Programmes for Chronically Ill Patients: A Review of Systematic Reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 17 (2), 141–146.
- Peskin, S. (2009): How Patient-centered Medical Homes May Change U.S. Medicine. *Managed Care*, 18 (11), 20–23, 28–29.

- Plochg, T. and Klazinga, N. (2002): Community-based Integrated Care: Myth or Must? *International Journal for Quality in Health Care*, 14 (2), 91–101.
- Posa, P., Harrison, D. et al. (2006): Elimination of Central Line-associated Bloodstream Infections: Application of the Evidence. *AACN Advanced Critical Care*, 17 (4), 446–454.
- Quigley, D. D. (2008): Bridging from the Picker Hospital Survey to the CAHPS Hospital Survey. *Medical Care*, 46 (7), 654–661.
- Schoen, C., Osborn, R. et al. (2005): Taking the Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problems in Six Countries. *Health Affairs* (Millwood), Suppl Web Exclusives: W5-509–525.
- Soop, M., Fryksmark, U. et al. (2009): The Incidence of Adverse Events in Swedish Hospitals: A Retrospective Medical Record Review Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (4), 285–291.
- Stange, K., Nutting, P. et al. (2010): Defining and Measuring the Patient-centered Medical Home. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (6), 601–612.
- Starfield, B., Hyde, J. et al. (2008): The Concept of Prevention: A Good Idea Gone Astray? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62 (7), 580–583.
- Starfield, B., Shi, L. et al. (2005): Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*, 83 (3), 457–502.
- Subbe, C. and Gemmell, L. (2010): Numbers Needed to Hospitalize – Risks and Benefits of Admission in the New Decade. *European Journal of Internal Medicine*, 21 (3), 233–235.
- Tarricone, R., Torbica, A. et al. (2010): Hospital Costs of Central Line-associated Bloodstream Infections and Cost-effectiveness of Closed vs. Open Infusion Containers. The Case of Intensive Care Units in Italy. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 8 (1), 8.
- Temple, N. (2007): Spiralling Medical Costs: Why Canada Needs NICE Medicine. *Healthcare Policy*, 3 (2), 38–47.
- The Leapfrog Group (2010): *The Leapfrog Hospital Survey*. Retrieved 2010, from The Leapfrog Group at www.leapfroggroup.org.
- van der Linden, B., Spreeuwenberg, C. et al. (2001): Integration of Care in the Netherlands: The Development of Transmural Care Since 1994. *Health Policy*, 55 (2), 111–120.
- van der Lucht, F. and Polder, J. (2010): *Van gezond naar beter Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Den Haag, RIVM.
- Veillard, J., Garcia-Armesto, S. et al. (2010): International Health System Comparisons: From Measurement Challenge to Management Tool. In L. M. E. Smith (ed.): *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*.
- Walker, S., Mason, A. et al. (2010): Value for Money and the Quality and Outcomes Framework in Primary Care in the UK NHS. *British Journal of General Practice*, 60 (574), 213–220.
- Weiser, T., Haynes, A. et al. (2010): Effect of a 19-item Surgical Safety Checklist During Urgent Operations in a Global Patient Population. *Annals of Surgery*, 251 (5), 976–980.

- Wilensky, G. (2009): The Policies and Politics of Creating a Comparative Clinical Effectiveness Research Center. *Health Affairs (Millwood)*, 28 (4), w719–729.
- Wilson, I. and I. Walker (2009): The WHO Surgical Safety Checklist: The Evidence. *Journal of Perioperative Practice*, 19 (10), 362–364.
- Zolnierek, C. (2008): Mental Health Policy and Integrated Care: Global Perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (7), 562–568.
- Zunzunegui Pastor, M. and Lazaro, Y. (2008): Integration and Boundaries Between Health and Social Care. *SESPAS Report Gaceta Sanitaria*, 22 (Suppl. 1), 156–162.

13. fejezet: Következtetések és kritikus sikertényezők

Hogyan növelhető a tőkebefektetés hatékonysága?

E – következtetéseket levonó – fejezet azokat a kritikus sikertényezőket kívánja azonosítani, amelyek növelik annak az esélyét, hogy a tőkebefektetési projektek sikeres eredményeket hozzanak. Az egészségügyi rendszerek egyik kulcsfontosságú feladata, hogy az egészségügyi szükségleteknek megfeleltessék a szolgáltatásokat, és a szolgáltatásokkal a megfelelő intézményeket összhangba hozzák, bár ez egyáltalán nem könnyű. A tőkebefektetés megvalósulásának kontextusa igen komplex, és folyamatosan változik. A változás gyors üteme azt jelenti, hogy az egészségügyi intézményeknek meg kell tudni felelniük a változó igényeknek és szükségleteknek, valamint a technológiai innováció és az ellátási konfigurációk kínálta lehetőségeknek. Noha a gyakorlatban a szolgáltatásfejlesztési és a tőkefejlesztési tervek, kezdeményezések követhetik egymást, a tőketámogatás általában késve követi a szolgáltatási kezdeményezéseket, és gyakorta meghatározza az ütemet, amellyel a szolgáltatásokban elérhető a változás. Ez a tőkefejlesztési stratégiák újragondolását igényelheti. Egy ezzel együtt járó probléma a múltból eredő meghatározottság (*path dependency*); a tőkebefektetéseknek csak néhány aspektusa érzékeny a gyors változásokra, míg más aspektusok változását a történelmi örökség korlátozhatja, és csak evolúciós változásokon mennek keresztül.

Míg ebben a fejezetben a tőkebefektetések javítása számos tényezőjének azonosítására törekszünk, fontos felismerni azokat a rendkívül eltérő összefüggésrendszereket, amelyekben az európai kórházak működnek. A nemzeti egészségügyi rendszerek között jelentős eltérés van a finanszírozásban, a szervezetben és az irányításban: ez az eltérés a különböző történelmi, kulturális és politikai pályákat tükrözi vissza. A kórházi rendszereknek eltérő a forrásszintjük, az intézményi és kulturális örökségük. A szakmai kompetenciák fejlesztésébe tett befektetések szintén jelentős mértékben eltérnek, bizonyos esetekben olyan – a helyi sajátosságokat figyelmen kívül hagyó – megoldásokhoz vezetve, amelyek alig felelnek meg az elvárásoknak. Továbbá, míg bizonyos általános trendek világosak, minden ország specifikus lehetőségekkel és kényszerekkel szembesül. A tőkebefektetésre vonatkozó döntések meghozatalakor azt a speciális kontextust, amelyben az megjelenik, figyelembe kell venni annak érdekében, hogy azonosítani lehessen azokat a sikertényezőket, amelyek a legnagyobb hatást érik majd el.

* Forrás: Bernd Rechel, Stephen Wright, Nigel Edwards, Barrie Dowdeswell, Martin McKee (2009: *Investing in hospitals of the future*. Part five: Conclusions. Chapter 13: Conclusions and critical success factors. Observatory Studies Series N°16, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organisation, 247–264. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf

A politikai ráhatás lehető legjobb kihasználása

A politikai döntéshozók tőkebefektetések javítását célzó hatásköre a kórházak tulajdonlásával, finanszírozásával és szabályozási mechanizmusaival összefüggő funkció. A következő fő egészségpolitikai funkciók azonosíthatók:

- tervezés,
- szabályozás,
- tőkefinanszírozás,
- tőkemenedzsment,
- szolgáltatás finanszírozás,
- szolgáltatás (újra)tervezés.

Tervezés

Úgy tűnik, a legtöbb európai országban konszenzus van arra vonatkozóan, hogy míg a piaci mechanizmusoknak szerepük van az egészségügyi rendszerek bizonyos aspektusainak meghatározásában, és növelhetik a szolgáltatók hatékonyságát és reagálóképességét, önmagukban nem feltétlenül hozzák létre a szolgáltatás optimális mintáit. A piaci kudarcok egészségügyi ellátásban megjelenő okait már rég felismerték, és ezek különösen relevánsak a tőkebefektetések esetében. Ennek eredményeként nincs olyan fejlett ország – még az Egyesült Államok sem –, amelyik a kórházi ellátásokra vonatkozó döntéseket pusztán a piacra hagyná. Specifikus probléma többek között a szolgáltatások közötti alapvető egymásrautaltság megléte, különösen a piacra való belépés magas költségei, és azok a területek, amelyeken a beteg választása nem működik hatékonyan, mint például a nagy traumák közepette. A piaci mechanizmusok egyre inkább kihasználhatók, de csak akkor, ha a szolgáltatási szektor fő jellemzőit az egészségpolitikai döntéshozók határozzák meg; az egészségpolitikában széles körben alkalmazott analógiának megfelelően a piacokat – bizonyos értelemben – „evezésre” használják, nem kormányozásra.

E problémák áthidalásának legegyszerűbb módja az, ha a kapacitástervezés hatékony rendszereit hozzuk létre. Ennek során alapvető azon kockázat felismerése, hogy a tervezési döntések a politikai folyamatoknak (néhány országban pedig a korrupciónak) alávetettek, amelyek olyan kompromisszumokhoz vezetnek, amelyek késleltethetik a folyamatot, és nehezítik az optimális döntések meghozatalát. A tervezés minden országban – kivéve a legkisebbeket – valószínűleg különböző szinteken valósul meg. A központi kormányok – az egészségügyi rendszer átfogó irányítása folytán – leginkább a kontextust teremtik meg, míg a területi önkormányzatok várhatóan sokkal jobban ismerik, értik a helyi kontextust. Látni kell azonban, hogy a kórházi szolgáltatások tervezésében bizonyos készségek/képességek hiányoznak, amelyek majdnem minden országot érintenek, és ez még súlyosabbá válik, hiszen elenyésző azok száma, akik a regionális hatóságok alkalmazásában állva valaha is felelősek lesznek többnél, mint egy kórház építéséért. Ebből következően a piacon szignifikáns növekedés figyelhető meg a külső szakértelem bevonásában. Ez a támogatás azonban

ritkán fogyasztóvezérelt, és sokkal inkább azokra az adatbázisokra vonatkozik, amelyeket a fő szereplők saját különféle projektjei alapján gyűjtöttek össze. Mivel azonban ezek nagyban történelmiek és az ágyszámon alapulnak, a tervezés e megközelítéséhez való visszatérés valószínűsíthetően a szolgáltatások fejlődésben való lemaradását vetíti előre, semmint új kezdeményezések vagy innováció inspirálását eredményezhetik.

Szabályozás

A kormányzatnak minden európai országban szabályozási szerepe van az egészségügyi szektorban az egészségügyi szolgáltatások vásárlóira és szolgáltatóira vonatkozóan egyaránt. Kezdetben a szabályozás a rendszer működésének biztosítására összpontosított, így például a szolgáltatásfinanszírozási módszerek és a szolgáltatásminimum sztenderdjeinek a kialakítására. Mára számos országban megfigyelhető a szabályozás mint az egészségügyi rendszer céljainak elérését szolgáló eszköz alkalmazása felé való elmozdulás, különösen az egészségnyereséget és a betegek elvárásainak való megfelelést tekintve. A minőségbiztosítási mechanizmusok – mint például az egészségügyi ellátást nyújtók engedélyezése vagy akkreditációja – azonnali hatást gyakorolhat a kórházi szektorra, és ösztönözheti vagy éppen akadályozhatja az új tőkeprojekteket. A kelet-közép-európai országokban például számos kormány ösztönözte a magánpraxisok és klinikák létrejöttét, lassan elmozdulva a még mindig döntően köztulajdonban lévő szakellátást nyújtó intézményektől a magánszolgáltatások irányába. Az egészségügyi ellátást nyújtók akkreditációját néhány országban olyan eszközként alkalmazták, amely csökkenti a kommunista időszak jellemzően túlszolgáltató kórházi ellátását (ehhez hasonló megközelítést alkalmazott Belgium egy évtizeddel előbb sok kis kórház bezárására). Az akkreditációt a magánbefektetésekre is kiterjesztették, így például az új járóbeteg-központok arra való ösztönzésével, hogy a magas fokú elvárásokat és a hosszú várólistákat kezeljék. A szabályozás e körülmények között a bankszektorban is új finanszírozási eszközök kialakítását eredményezte. A hatékony szabályozás – így a tervezés – magas fokú készségeket követel meg. A szabályozási rendszerek túl gyakran nem állnak összhangban a kitűzött célokkal, vagy ellentmondásos üzeneteket hordoznak, amelyek így a rendszer működtetésért felelős személyeket összezavarják és frusztrálják.

Tőkefinanszírozás

A tőkéhez való hozzáférés az egészségügyi szektorba történő tőkebefektetés kialakításának egyik legfőbb külső befolyásolója. A legtöbb európai országban a közszektor változatlanul erőteljesen részt vesz a tőkebefektetési projektek finanszírozásában, ugyanakkor a köz- és magánfinanszírozási partnerség (PPP) egyre növekvő mértékű alkalmazása is jelen van, amelyben a közszektor a magánszektorral (egészségügyi szolgáltatók létrehozásával, irányításával és fenntartásával) bizonyos szolgáltatások nyújtására – különösen hoteleszkolgáltatásokra – szerződést köt. Ez nem kizárólag az egészségügyi szektorra vonatkozik, hanem az európai országok számos kormánya úgy tekinti ezt a módszert, mint amelyik a közszektorban elősegíti a versenyt, és felgyorsítja a tőkéhez való hozzáférést. Ugyanakkor azt is fontos látni, hogy a köz-magán partnerség nem generál új pénzügyi erőforrásokat az egészségügyi szektor számára, hanem egyszerűen az adósságból való finanszírozás növelésének egy másik módja, amelyben a kölcsönt vissza kell majd fizetni.

Ahol a kormányoknak külön bevételi és tőkeelőirányzata van, az a beruházások finanszírozását eltolja a folyó bevételek irányába, és a kockázatot pedig minden esetben leviszi a működési szintre, azaz a kórházmenedzsment szintjére. Ez azoknak a kormányoknak előnyös, amelyeknek biztosítaniuk kell a pénzügyi adósságcélok elérését. Leggyakrabban, így például az Egyesült Királyság magánfinanszírozási kezdeményezése esetében (Private Finance Initiative – PFI) a magánfélnek teljesítendő fizetés jelenleg már 40 éves időszakra szóló szerződéses időtartamra szól, vagyis a jövő generációira terhelve a költségeket. A teljes összeg végül magasabb lehet, mint a hagyományos rendszerben, és mára egyre erősebbé válik az az aggodalom, hogy a felelősség intergenerációs áthárítása – ami egybevág hasonló hatású más politikákkal, így például a nyugdíjak területe – mélyreható, nem szándékos következményekkel járhat a jövőben.

A köz-magán partnerség egyik kulcskihívása az, hogy hogyan érhető el a hatékony és hatásos szerződéskötés. Bár a szerződések a bizonytalanságot és az opportunistá magatartást hivatottak csökkenteni, azok magas tranzakciós költségekkel és merev jogi kötöttségekkel járnak. A hosszú távra szóló szerződések – az információk hiányában – egyre inkább hiányosak, és gyakran figyelmen kívül hagyják a jövőbeli problémákat, konfliktusokat és az előre nem látható eseményeket. Az alapvető kérdés az: hogyan biztosítható, hogy a befektetés értéke fennmarad a vásárlás időszakán túl is, annak érdekében, hogy a kórház képessé váljon igazodni a változó körülményekhez. Ideális esetben a szerződéseknek lehetővé kell tenniük az adaptációt az előre nem látható eseményekhez annak érdekében, hogy biztosítsák a vagyon rugalmasságát, bár ennek elérése meglehetősen nehézkes. Az egyik fő kérdés az: ki vállalja a tőkebefektetés kockázatát? A tapasztalat azt mutatja, hogy a magánpartnerek igen vonakodnak attól, hogy a tőkeprojektekben jelentős kockázatot vállaljanak. Ez a helyzet a magánfinanszírozó partnerek figyelmét az építmények rugalmasságával szemben az építmények tartósságára összpontosítja (a rugalmasság költség-többletet hordoz, amit nehéz megbecsülni, és még nehezebb szerződéses keretek közé foglalni). Másfelől azonban a megállapodás szerződéses természetűe általában megmutatja azokat a kockázatokat, amelyek a projektekben általában jelen vannak, de más körülmények között (pl. amikor teljesen a közszektorban valósulnak meg) internalizálódnak, és részben vagy teljes mértékben láthatatlanok maradnak.

Tőke menedzsment

Sok egészségügyi rendszerben a tőke költségét, kockázatát és értékét figyelmen kívül hagyják, mivel a befektetések és a folyó működés bevételei eltérő előirányzatokban jelennek meg – a kórházvezetők ellenőrző szerepe elenyésző az előbbiben, vagy csekély érdekeltségük van az utóbbiban. Ez pedig nem teremti a vagyon hatékony menedzsmentjére vonatkozó ösztönzőket a kórházi vezetők számára. Ugyanakkor ez a hagyományos megosztottság fokozatosan eltűnik számos európai országban, mivel a kórházak egyre inkább felelőssé válnak saját tőkevagyonukért. Hollandiában például a tőkebefektetés kockázatainak viselése mára teljes mértékben a kórházakra hárul, és hasonló trendek figyelhetők meg Európa más országaiban is. Közben most még túl korai lenne a fejlődés végső következtetéseit latolgatni, egy kedvező hatás mindenképpen megfigyelhető: a vezetők figyelmét arra összpontosítja, hogy a vagyont sokkal hatékonyabban kell felhasználni. Bár a vagyon értékelésével és értékcsökkenésével kapcsolatos új gondolkodás némely bizonyítékai

már rendelkezésre állnak, ez a megközelítés még mindig gyermekcipőben jár, és a jelenlegi egészségügyi ellátórendszer infrastrukturális – amelyet változatlanul a majdnem 50 éve alkalmazott, a hagyományos támogatásos tőkeallokációs modell határoz meg – megújításának jövőjét nem látjuk tisztán.

Szolgáltatásfinanszírozás

Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozási mechanizmusai erőteljesen hathatnak a tőkebefektetésekre. A Szemasko-rendszerben – amelyik a szovjet rendszer alatt a kelet-közép-európai országokban működött – a kórházakra fordított költségvetési források allokációja az ágykapacitásokra alapozódott, függetlenül attól, hogy az ágyakat mire használták, így az erőforrások nem hatékony alkalmazását ösztönözték. Hasonló perverz ösztönzők változatlanul előfordulnak Európa-szerte, mint például a jellemzően Máltán és Görögországban létező gyakorlat, amelyik a magán- és a közszektorban párhuzamosan dolgozó egészségügyi szakembereket arra ösztönzi, hogy ne a közszektorban lássák el a betegeket.

Egész Európában jellemző trend a történelmi bázison készült költségvetéseken alapuló kórházi finanszírozástól az aktivitási szinten alapuló finanszírozás felé való elmozdulás. Ez majd ösztönözni fogja a rugalmas és hatékonyabb tőkebefektetést. Hollandiában például a versenyző (a kórházi szervezetek és a biztosítók által megtárgyalt és közösen elfogadott) DRG-rendszer bevezetése a kórházi változások fontos mozgatója volt. Ugyanakkor alapvető az ilyen rendszerek folyamatos felülvizsgálat alatt tartása, mivel számos lehetséges csapdát tartalmaznak. Ezek lehetnek játszmaösztönzők („DRG-drift” a bevétel maximalizálása érdekében az ellátási minták megváltoztatásával, még akkor is, ha ez csökkentheti az ellátás minőségét; vagy az adatok jelentési módjának megváltoztatásával, tipikusan úgy, hogy a kisebb komorbiditásokra vonatkozóan növelik a jelentést), vagy lehetnek a valóban sokkal komplexebb ellátást nyújtó – így például a rendkívül specializált ortopédiai vagy gyermekgyógyászati – központok magasabb költségeinek el nem ismerése. Ami szintén aggodalomra adhat okot: a módszerek olyan egyszerűsítése – ha egyáltalán léteznek egy-egy országban –, amelyekkel a tőkedimenziót a szolgáltatási tarifákba beépítik. Az egyik kulcsfontosságú következtetés, ami levonható e fejezetből, az az, hogy a dinamikus szolgáltatási stratégia a dinamikus tőkemodelltől függ. A veszély az, hogy a szerződéses árak megtárgyalásáért felelős megbízottak a kemény alkutárgyalások során nem ismerik el a kölcsönök visszafizetése által igényelt árrést, és amikor kell, az újrabefektetéshez szükséges tartalékok iránti szükségletet, továbbá az, hogy a szolgáltatók nem fogják megfelelő módon figyelembe venni az újrabefektetési igényeket. Ez tovább hangsúlyozza a vagyok értékcsökkenésével kapcsolatos új koncepciók iránti igényt.

A szolgáltatás (újra)tervezése

A „kórház” egy jelentős tőke- (együttal munka-) vagyon, amely szolgáltatásokat állít elő. Az intézmény működését alapvetően meghatározó koncepció az ellátási modell. Ez olyan többszintű fogalom, amely nemzeti, regionális, helyi, hálózati vagy intézményi szinteken is kifejezhető. A kórház generálja a szolgáltatási folyamatokat, és ezeket tőke- vagy más források felhasználásával teszi. A szolgáltatási folyamatok természete – amely a demográfia, az epidemiológia és a technológia révén elkerülhetetlenül változik – azt jelenti, hogy

a tőketartalékot azon szolgáltatások felé kell korrekt módon irányítani, amelyekkel kezdeni szeretnék az átalakítást. E folyamatnak az idő előrehaladtával folyamatosan rugalmasnak kell lennie, hogy a változásokhoz megfelelően adaptálódni legyen képes a kórház. Egy intézmény által adaptált ellátási modell egyrészt az előbbieken említett hajtóerőket tükrözi, továbbá a (költség- vagy klinikai eredmény szempontjából) leghatékonyabb folyamatra vonatkozó külön döntéseket. A tőkét a befektetési stratégiát elősegítő elemként kell megtervezni, semmint olyanként, amely a szolgáltatások megmerevedését idézheti elő (ahogy az a múltban kétségtelenül megtörtént).

Jobb kórházi rendszerek kialakítása

Kórházak átalakítása

A kórházi szolgáltatásokat úgy kell kialakítani, hogy a betegek jogos elvárásainak megfeleljenek, és javítsák a klinikai eredményeket. Világos, hogy szükség van az ellátásnyújtási módok stratégiai szempontból való átgondolására, lehetővé téve a kórházi rendszerekben az alapvető változtatásokat. Ezek magukban foglalhatják az ellátás nyújtásában meglévő alapelvek újradefiniálását, beleértve azt, hogy nagyobb értéket kap a beteg ideje és a betegek rendszeren belüli zavartalan áramlása, minimális várakozási időkkal. A kórházaknak azt is meg kell fontolniuk, hogy több ún. „egy helyen” biztosított szolgáltatást nyújtsanak, és megnöveljék a hagyományos munkahéten teljesített órák számát is.

A rugalmasság beépítése a rendszerbe

Kötetünk e fejezetének egyik kiemelten hangsúlyos tanulsága a rugalmasság fontossága. A kórházak leggyakrabban az elavult ellátási mintákat tükrözik, amelyeket működési élettartamukon túl is változtatlanul alkalmaznak, és amelyek rugalmatlan szolgáltatásfinanszírozási és beruházásfinanszírozási módszerek kényszerébe vannak beszorítva. A rugalmasságnak a kórházi rendszer minden aspektusát magában kell foglalnia, beleértve az intézmények méretét és szolgáltatási körét (a méretnövelés és -csökkentés lehetőségével), az építészeti tervezést, a támogató infrastruktúrát (beleértve a szállítási kapcsolatokat), az adott telephelyen és azon kívül nyújtott szolgáltatások meghatározását, az egészségügyi ellátórendszer egyéb területeivel való kapcsolatokat, a működési bevételek finanszírozását és a tőkebefektetés forrásait.

Paradox módon néhány országban a politika pont az ellenkező irányba tart. A legismertebb példa az Egyesült Királyságban működő magánfinanszírozási kezdeményezés, amely modellt részben azért vezették be, hogy áthidalják a költségvetési hiányra vonatkozó elszámolási szabályokat. A magánszolgáltatóknak a kockázatok elfogadásával szembeni vonakodása azt jelenti, hogy a szerződések elképesztő részletességűek, általában 30 éves projekteket lefedve, a változtatásra igen csekély lehetőséget hagyva. Ausztráliában – ahol szintén ezt a megközelítést alkalmazzák – a közszektornak számos projektet tetemes költségekkel kellett kivásárolnia. E tőkemodellek a jövőben várható kockázatokat egyetlen fél – a magánszektor – számára minimalizálják, ahelyett hogy a mindkét fél javát szem előtt tartva szükségszerűen a hosszú távú hatékonyságra és adaptálhatóságra tennék a hangsúlyt.

Fontos felismerni, hogy a kórházak különböző területeinek rugalmassága eltérő. A kórház fő funkcióit nyújtó területeket – köztük a műtőket, a képalkotó diagnosztikát, az intenzív osztályt (a „forró emeletet”) különösen költséges megépíteni, és viszonylag rövid technikai élettartamuk van. A hotelfunkció, különösen ahol alacsony intenzitású ápolás is van, kevésbé specifikus, és hosszabb a technikai élettartama (bár ez változó a különböző intenzitású ellátást szolgáló ágyak bevezetésével). A kórház legrugalmasabb részei az irodai részlegek, beleértve az adminisztrációt, a személyzeti és a járóbeteg-részlegeket. Az intézmények hosszú távú hatékony irányítása hasznot húzhat e funkcionális megkülönböztetés megértéséből, amit a fenntarthatóságra törekvő tervezés egyre inkább felismer.

Mivel a kórházi épületek funkcionális élettartama messze rövidebb, mint azok technikai élettartama, olyan adaptálható épületekre van szükség, amelyek lehetővé teszik a változtatásokat a külső megjelenésben, a funkcióban és a szolgáltatások mennyiségében. A rugalmasság ezen szükségletének megközelítésében az egyik mód a könnyen elmozdítható belső falak és elválasztások. A „puha tér” beemelése a komplex területek közelébe és más építészeti kiterjesztő lehetőségek megléte elősegíti a kórházépület változó igényekhez való igazítását, bár ugyanakkor szükség lesz a klinikai vonatkozások megfontolására is. Egy másik lehetőség a kórházi tér és egységek sztenderdizálása, és amennyire csak lehetséges, a logisztikai áramlások, illetve a tervezhető (elektív) és az akut ellátások elkülönítése. A sztenderdizált kórházi szobát nem pusztán olcsóbb előállítani, de nem egészségügyi célokra is alkalmazható. E megközelítések hozzák létre azt, amit „agilis térnek” nevezünk. Az agilis tér elősegíti az igényekben a változások hosszú távú hatékony menedzsmentjét (elaszticitás), a szükségletekben megjelenő változásokat (funkcionalitás) és a fenntarthatóságot (a tőkeérték biztosítása az épület teljes élettartama során). A lehetőségek latolgatásakor már a tervezési fázisban fontos felismerni azt is, hogy a változások bekövetkeztekor még a legrugalmasabb épületek is működési problémákkal szembesülhetnek.

Egy másik, hasonló koncepció a betegséges súlyosságához igazítható szobák, amelyeket olyan módon alakítanak ki, hogy a különféle intenzitású ellátást ugyanabban a térben nyújtani lehessen. E rugalmasság elérése megköveteli azonban a tőke és a lehetséges munkaerőköltségek közötti „trade-off”-ot, továbbá a betegszobában a technológiai intenzitás optimális választása valószínűleg esetenkénti döntés marad, különösen, hogy az ellátás intenzitásához adaptálható szobák sokkal komplexebb mechanikai rendszereket és potenciálisan magasabb energiafelhasználást idéznek elő olyan betegek számára, akiknek egy ilyen szintű infrastruktúrára nincs szükségük.

A „rugalmasság” kívánatos fokának meghatározása megköveteli a „kapacitás” kívánatos fokának meghatározását. Történelmileg ezt az ágyszámok alapján határozták meg, de egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy a mérőszám nem megfelelő. A valódi kapacitást a nyújtott szolgáltatási folyamatok szempontjából szükséges értelmezni, felismerve azt, hogy egyetlen elem vagy aktivitási terület a teljes rendszer kritikus szűk keresztmetszeteiként jelenhet meg. E kapacitási kényszer feloldása érdekében szükséges olyan gátló pontokra összpontosítani, amelyek az intézmény számára akadályt képeznek a több beteg fogadásában és kezelésében.

A hozzáférés és a rendelkezésre állás biztosítása

Amint azt korábban megjegyeztük, a legtöbb európai kormány bizonyos kontrollt gyakorol a legnagyobb kórházi tőkebefektetésekben a regionális és nemzeti tervezési mechanizmuson keresztül, még akkor is, ha nem tulajdonos. Általában a kormányok elfogadták azt a felelősséget, hogy biztosítaniuk kell az elérhető, rendelkezésre álló, megfizethető, méltányos és jó minőségű egészségügyi szolgáltatásokat. E célok elérése érdekében a központi, regionális és/vagy helyi szintű kormányzati testületek elkötelezettek az egészségügyi kapacitástervezésben, a szolgáltatásnyújtók területi konfigurációjának meghatározásában és a szolgáltatók között a szolgáltatások elosztásában (pl. a sürgősségi ellátásokhoz vagy a magasan specializált kezelésekhez, így a szervátültetéshez való hozzáférés), a népesség egészségügyi szükségletei és a rendelkezésre álló erőforrások alapján.

A kormányok többnyire a kórházakra összpontosítanak, ahol az új fejlesztésekhez, az intézmények átalakításához, a költséges eszközökbe és technológiába történő befektetésekhez gyakran megkövetelt a jóváhagyás. E tervezési folyamatoknak figyelembe kell venniük a kórházak eléréséhez szükséges utazási időt és azt a lehetőséget, hogy az általában kórházban nyújtott szolgáltatásokat más – jobban elérhető – helyszínen is igénybe vehessék.

A gyakorlatban azonban az egészségügyi szektorban a kapacitástervezés gyakran nem képes a kórházakon túlmutatni, és nem veszi figyelembe a népesség átfogó egészségügyi szükségleteit, illetve az egészségügyi szolgáltatások teljes spektrumát, amelynek meg kell felelnie ezeknek a szükségleteknek. Továbbá – amint erről korábban szoltunk már – az ágykapacitás még mindig a leginkább alkalmazott mérési egység a jövőbeli kapacitások meghatározásakor, pedig a kórházi tevékenység egyre nagyobb része – így például az egynapos sebészet – már nem igényel ágykapacitást. Ez a történelmi igénybevételi minták iránti „elfogultságot” mutatja. Az ágyszámok ilyenfajta – még mindig széles körű – alkalmazása valóban meglepő, hiszen a kórházfinanszírozási mechanizmusok sokkal inkább a betegteljesítményre összpontosítanak, mint az ágyszámokra, például olyan módszereken keresztül, mint a DRG. Teljesen nyilvánvaló az az igény, hogy ez a – kórházakat minősítő – értékelési rendszer az ágyszámoktól a nyújtott szolgáltatások felé mozduljon el.

Az egységes rendszerszemlélet alkalmazása

A kórházakat nem lehet az egészségügyi rendszer egészétől elkülönítetten kezelni. A kórházi kezelési esemény gyakorta a beteg sokkal hosszabb kezelési útvonalaának csupán egy részét jelenti. A kórházak szerepe nagyban megváltozott az elmúlt évtizedekben – Európa döntő részében a kórházi kapacitásokat csökkentették, míg más területeket kiterjesztettek. Sok, korábban kórházi ellátást mára más körülmények között nyújtának, és annak lehetősége, hogy az ilyen ellátásokat alap-, szociális vagy sürgősségi ellátás keretei között biztosítsák, egyre nagyobb mértékben hódít teret. Ez egyre erőteljesebb érdekeltséget teremt a rendszerszintű tervezés iránt, és olyan kifejezések jelentek meg, mint a „területi egészségügyi ellátás”, a „folyamatos ellátás”, az „integrált ellátási utak” vagy az „ellátási hálózatok”. Számos közös feltétel esetében lehetőség van a szolgáltatók között a folyamatok sztenderdizálására és az ellátás olyan új hálózatainak létrehozására, amelyek nem korlátozódnak a kórházakra. Az egyik olyan példa, amelyben a kórházat a közösségi szolgáltatásokkal

szorosan összekötötték, a valenciai (Spanyolország) Alzira II „modell”, amelyet e tanulmánykötet esettanulmányokat tartalmazó csatolt kötete részletesen bemutat. Ugyanakkor azonban, miközben a sztenderd ellátási utak meghatározása figyelemre méltó előnyöket hozhat a betegek és a szolgáltatók számára, fontos, hogy a betegek szükségleteinek specifikus orvosi követelmények szerinti kielégítésében is érvényesüljön a megfelelő rugalmasság, különösen azok esetében, akiknek többszörös, egymás mellett meglévő betegségét kell kezelni.

A szisztematikus ellátási fogalomban való gondolkodás iránti igényt egyre inkább megerősíti azt, hogy a kórházakra (és általában az egészségügyi ellátásra) egy tevékenységi folyamat helyszíneiként tekintünk. Más komplex folyamatokhoz hasonlóan itt is érvényesül a 80/20-as szabály: a tevékenységek 80%-a sztenderdizálható és költségminimalizáló előírásoktól függ. Ez különösen fontos a kapacitásstervezésben, mivel felesleges kapacitásokat kell kiépíteni a rendszerben, két okból is: mert meg kell birkózni a nem sztenderd 20%-nyi ellátással is, és az elkerülhetetlen keresleti növekedést is kezelni kell.

Hozzájárulás a helyi fejlesztésekhez

Egész Európában az egészségügy az egyik legfontosabb szektor; a bruttó regionális (vagy helyi) termelés százalékában gyakran az egyik legnagyobb „ipart” testesíti meg. Egyre inkább felismerik, hogy az egészségügyi projektek – gazdasági és társadalmi szempontból egyaránt – jelentősen hozzájárulhatnak a regionális fejlődéshez. Segíthetik a helyi üzleti életet, fellendíthetik a helyi foglalkoztatást, szélesíthetik a helyi készségeket, javíthatják a népesség egészségét és erősíthetik a társadalmi összetartozást. A tőkebefektetési projektek hozzájárulhatnak a városi regenerációhoz vagy megújuláshoz is.

Ezért alapvető, hogy a tőkebefektetésekre vonatkozó döntéshozatalban ne csak a kórházakra, hanem a közösségre is gondoljanak. A helyi körülmények iránti érzékenység érdekében rengeteg döntést helyi szinten kell meghozni, a szektorok közötti együttműködésre alapozva. Ideális esetben az egészségügyi tőkeprojekteknek egy – az egész terület jövőbeli fejlesztésére vonatkozó – koherens, egységes elképzelés részeként kell megjelenniük. Természetesen ezt úgy kell elérni, hogy közben más, egyenlő mértékben kötelező stratégiai megfontolást is figyelembe kell venni, így például azt a tényt, hogy a helyi beszerzési preferenciák az EU-jog alapján esetlegesen nem hatékonyak és illegálisak.

A kórházak kialakítása

A kórháztervezés fejlesztése

Egyre inkább felismerik, hogy a kórházaknak terápiás környezetet kell teremteniük, amelyben az épület teljes kialakítása a gyógyítási folyamatot segíti elő, és csökkenti a kórházi fertőzések kockázatát, mintsem egyszerűen olyan helyként funkcionál, ahol a gyógyítás megtörténik. Mára egyre több a bizonyíték arra, hogy miképpen érhető ez el; az azonosított tényezők közé tartozik a nappali fény, a zajcsökkentés, a magánszféra, a biztonság, a családi részvétel lehetőségei, a kórházi közlekedés egyszerűsítése, a természet és a művészetek kreatív alkalmazása.

A kórházak megtervezése, kialakítása ki kell, hogy elégítse a személyzet igényeit, akik a betegeknek jól több időt töltenek itt. A jó munkahelyi feltételek részben oldhatják a magas intenzitású munkateher miatti nyomást, valamint a számos országban egyre nagyobb kihívást jelentő álláshelyek betöltését és a munkaerő megtartását. A jó tervezés szintén jelentősen hozzájárul a személyzet sérülési és munkahelyi megbetegedési kockázatának csökkentéséhez, továbbá lényeges, hogy a drága eszközbe fektetett beruházáskor maximalizáljuk a megtérülési értéket.

Sztenderdizálás

Az egészségügyi intézmények szerepe az, hogy képesek legyenek jó minőségű egészségügyi ellátást nyújtani, az egészségügyi szakemberek pedig képesek legyenek az optimális eredményeket elérni. Ez az intézmény tervezése és a klinikai ellátási utak integrációját követeli meg. A klinikai ellátási utak az 1980-as években jelentek meg, és az eljárások sztenderdizációját vonták maguk után, annak felismerésén alapulva, hogy a betegeknek – legalábbis kezdetben – számos területen azonosak a szükségleteik. Ilyen példa lehet az emlődaganatok vagy a rektális vérzés diagnosztizálása, illetve az akut mellkasi fájdalom kezelése. Ugyanakkor azonban a betegek jelentős számának a szükséglete mindig el fog térni a klinikai ellátási útvonaltól. Ahelyett, hogy a tökéletes tervezést megpróbálnánk a nagyszámú különböző ellátási útvonalakhoz igazítani, egy sokkal gyümölcsözőbb megközelítés lehet az egyes ellátási utak közös folyamatainak a sztenderdizálása.

Az életciklus-szemlélet követése

A legtöbb nyugat-európai országban az egészségügyi vagyon hosszú ideje lényegében ingyenesen áll az egészségügyi szolgáltatók rendelkezésére, mivel azokat a kormányzati költségvetésből finanszírozzák, mégpedig a szolgáltatók számára csekély, vagy egyáltalán nem megjelenő kockázattal. E viszonylag könnyen elérhető tőke miatt gyakran elenyésző a tőkevagyon valós költségeivel kapcsolatos tudatosság. Ha az életciklus-szemléletet alkalmazzunk, láthatóvá válik, hogy nem a kezdeti befektetés az, ami igazán számít, mint az épület teljes élettartamára szóló (a korai tervezési fázistól a kialakításon, építésen, használaton át az épület lebontásáig) költségek. Bár egyszerű pénzügyi szempontból gyakran jelentős, de az épület kezdeti költségei viszonylag alacsonyak, összehasonlítva azt az épület élettartama során fizetendő működtetési költségekkel. Ezért fontos felismerni, hogy a kórházi költségek számottevő, noha sokszor nem kellően figyelembe vett része nem az alapvető „elsődleges” orvosi eljárásokkal, hanem a kiegészítő „másodlagos” szolgáltatásokkal, így például az épületfenntartással összefüggő költségek. Az épületfenntartással összefüggő költségeket teljes mértékben számításba vevő kórházi tervezés nagy valószínűséggel számottevő hatékonysági eredményeket fog elérni – az e kötetben hivatkozott munkák azt mutatják, hogy „banchmarking” révén 20%-os költségmegtakarítás könnyen elérhető.

Mivel a tőkebefektetés költségei és kockázatai egyre inkább az egészségügyi szolgáltatást nyújtókra hárulnak, fontos a tőkebefektetés életciklusköltségeivel kapcsolatos tudatosság növelése. Ennek a változásnak az egyik eredménye az lesz, hogy az egészségügyi vagyon hosszú távú piaci értéke sokkal fontosabbá válik, különösen, ha az épület más célokra is hasznosítható, amennyiben az eredeti célok teljesítése már nem

megkövetelt. Ebbe beletartozhat a kórházi épületek egyes részeinek nem gyógyászati – így például szállodai – célú alkalmazása.

A minőség biztosítása a projekt kezdetétől

Az, hogy mi történik a kórházi projektek elején, számos esetben kritikus azok jövőbeli sikerét vagy kudarcát illetően. Mindmáig túl gyakran fordul elő, hogy elmarad a szükségletek átfogó elemzése, és a projektek nem teljes mértékben felelnek meg az egészségügyi intézmények fő célkitűzéseinek: hogy javítsák a népesség egészségét. Továbbá, a legtöbb projekt a biztosra való törekvéstől szenved, attól az igénytől, hogy a tervezők és a politikusok biztonságban szeretnék érezni magukat, hogy pontos és számszerűen mérhető mutatókkal legyen leírható a projekt. Ez megakadályozza a koncepciófejlesztést, különösen, ha a tőkebefektetés és az egészségnyereség közötti kapcsolódás nem eléggé kézzel fogható. A kihívás az, hogy a koncepciót a lehető legtovább nyitva hagyjuk, hogy ezek a kapcsolódások megjelenhessenek. A prioritás mindeddig változatlanul az, hogy a tőkeprojektek a költségvetésen és a meghatározott időn belül maradjanak, persze nem elengedő odafigyeléssel a hosszú távú funkcionalitásra és hatékonyságra – megint csak a biztosra való törekvés miatt, ami kiszorítja a stratégiai célkitűzéseket. A taktikai vs. stratégiai teljesítményre helyezett hangsúly gyakran aláássa az egészségügyi intézmények megfelelőségét, hatékonyságát és fenntarthatóságát. Annak érdekében, hogy a tőkebefektetési projektek célkitűzései összhangban legyenek az igényekkel és a prioritásokkal, hogy elérjék szándékolt eredményeiket és megtartsák hasznosságukat, a minőség biztosítása alapvető a projektek kezdeti szakaszában. Ez azt követeli majd meg a döntéshozóktól, hogy már a kezdetektől elegendő pénzügyi és humán erőforrásról, valamint időről gondoskodjanak, hogy az egészségügyi intézmények valóban megfeleljenek az eredeti célkitűzéseknek, és megfelelő szabályozási intézkedéseket hozzanak a minőség-ellenőrzésére. Igen komoly kihívást jelent majd a minőség operacionalizálása oly módon, hogy az a változó igényekkel lépést tudjon tartani.

Az értékteremtés („value for money”) biztosítása

Az egészségügyi szektorban a sikeres tőkebefektetés kulcsfontosságú kritériuma az értékteremtés biztosítása. De hogyan lehet definiálni, hogy az érték valóban létrejön? Ez a befektetés gazdasági megtérülése, vagy tágabban értelmezve más kérdések is számításba jönnek, amelyeket sokkal nehezebb mérni az egészségügyi szektor specifikus természete vagy az egészségügyi szolgáltatások komplexitása miatt? Az egészségügyi szolgáltatások alapvető célja a népesség egészségi állapotának javítása, amit az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségével, hozzáférhetőségével, megfizethetőségével, méltányosságával és jó minőségével lehet elérni. Ez azt jelenti, hogy az egészségügyi szektorba történő tőkebefektetéseknek a népesség egészségügyi szükségleteinek megfelelő, fő klinikai szolgáltatásokat kell erre képessé tenniük. Ám más kérdések is szerepet játszanak. A tőkebefektetések hozzájárulhatnak a helyi gazdasághoz és környezethez, az új személyzet kiképzéséhez, az orvosi kutatásokhoz, illetve a polgári büszkeség és a politikai legitimáció forrásai is. Az

egészségügyi szektorban a tőkebefektetések optimalizálásához lényeges azt a kérdést megvizsgálni, hogy mit szeretnénk elérni, és hogyan tehetjük azt meg átlátható, befogadó és interszektorális módon.

A tőkebefektetés fenntartóvá tétele

A fenntartható fejlődés úgy elégti ki a jelen szükségleteit, hogy a jövő generációinak szükségleteit nem veszélyezteti. A fenntarthatóságnak gazdasági, társadalmi és környezeti aspektusai léteznek. A klímaváltozás küszöbén a tőkebefektetés ökológiai fenntarthatósága különösen sürgető. A kórházak valóban meglehetősen energaintenzívek, és egyre inkább azokká válnak (az energiafogyasztás mennyiségi szempontból évente talán 5%-kal nő). Így tehát a legtöbb kórház egyik legalapvetőbb „terméke” a szén-dioxid, részben az utazások száma miatt, különösen, ha a kórházak a városok szélén helyezkednek el. Az új kommunikációs technológiák jobb alkalmazása és a szolgáltatások helyi, közösségi körülmények közötti szélesebb körű megvalósítása javíthatja az egészségügyi szolgáltatások ökológiai fenntarthatóságát. A modern tervezési és építési trendek lehetővé teszik a csökkentett „szénlábnyom” elérését, beleértve a szélesebb vagy szűkebb szemléletű tervezési struktúrákat, amelyek szintén hatást gyakorolnak a betegek és a személyzet által egyaránt észlelt környezet minőségére. Öt átfogó sikertényezőt kell teljesíteni: hatékonyság, hatásosság, relevancia, a környezetre gyakorolt hatás és a fenntarthatóság. Ezek alapján a projekteknek nem lehet alapvető negatív hatásuk, a céloknak a társadalmi szükségleteknek és prioritásoknak meg kell felelniük, és nem pusztán rövid távú hatékonyságot, de hosszú távú előnyöket is létre kell hozniuk. Ezek olyan követelmények, amelyek messze túlmutatnak azokon a kérdéseken, amelyekkel az egészségügyi tervezők és a döntéshozók általában foglalkoznak.

Befektetés az emberekbe

Az egészségügyi szakemberek alapvető szerepet töltenek be az egészségügyi ellátórendszerben. Bármely kísérletnek, amely az egészségügyi szektor tőkebefektetésének javítását szolgálja, figyelembe kell vennie az egészségügyi szakemberek teljesítményére, biztonságára és jóllétére gyakorolt hatásokat. Számos esetben az intézmények és a munkafolyamatok alacsony színvonalú kialakítása kockázatok elé állítja őket. A jól megtervezett és fenntartható kórházak és más egészségügyi intézmények ugyanakkor javítják az egészségügyi szakemberek egészségét és jóllétét, ami jobb személyzethez, jobb megtartáshoz és jobb teljesítményhez vezet. A fejlettebb eszközök csökkenthetik a sérülések kockázatát, és minimalizálhatják az egészségügyi szakemberek veszélyeknek való kitettségét, valamint az intézményeknek ideális esetben az egészségügyi szakemberek lakóhelyéhez közel kell elhelyezkedniük, megfelelő nappali fényt és szellőztetést kell biztosítaniuk, és az épületek között minimalizálniuk kell a járótavolságot. Ez nemcsak az egészségügyi szakemberek számára kedvező, hanem – az orvosi hibák és a kórházi fertőzések csökkentésével – javítja a betegeredményeket is.

Bár ez a kötet a tőkebefektetésekre összpontosít, ismétlődően hangsúlyozzuk, hogy a tőkebefektetést a rendszer egészét érintő szemléleten belül kell megtenni. Ennek alapján fontos megfontolni, hogy a tőke-

befektetést hogyan célszerű koordinálni az emberekbe való befektetéssel. A hatékony munkaerő-tervezésre vonatkozóan Európában csak néhány meggyőző modell létezik, és komoly nehézségekbe ütközik annak biztosítása, hogy az egészségügyi rendszerekben legyen megfelelő számú, képzett munkaerő, megfelelő legyen a képzettségi struktúra és a munkaerő eloszlása. Az idősödő európai népesség azt vetíti előre, hogy növekvő létszámú egészségügyi munkaerőre lesz szükség akkor, amikor az egészségügyi szakemberállomány egyre zsugorodik, és az európai integráció által elősegített migrációs mozgások alááshatják a nemzeti munkaerő-tervezést. Mivel ugyanez a helyzet a kórháztervezéssel, lényeges az emberi erőforrás – változó igényekhez és szerepekhez való alkalmazkodását elősegítő – rugalmasságának biztosítása. Fontos az élethosszig tartó tanulás rendszere, amely lehetővé teszi a személyzet számára, hogy új készségeket és kompetenciákat sajátítsanak el. A kórházi tervezés analógiája ismét felhozható: az egyes épületek egymáshoz közelsége és összekapcsolhatósága igen fontos, és meg kell találni azokat a módokat, amelyekkel – az egyre bonyolultabbá váló ellátással összefüggő kihívások megfelelő kezelése érdekében – erősíthető a multiprofesszionális csapatok együttműködése. Az egészségügyi ellátást nyújtó intézmények tervezése elősegítheti vagy gátolhatja ezeket a folyamatokat.

Az emberekbe tett befektetés igénye ugyanakkor túlmutat az egészségügyi szakembereken. A nagy tőkeprojektekre vonatkozó tervekben és azok végrehajtásában gyakorta éppen azok hiányoznak, akik képesek felölősséget vállalni az ilyen jellegű projektek lebonyolításáért. Sokszor az új fejlesztésekben részt vevő partnereknek nincs tapasztalatuk a nagy tőkeberuházások megvalósításában, és csak néhány olyan egyén létezik, aki egész karrierje során legalább egyben részt vett. Ez a kompetenciahiány jelenti a sikeres tőkebefektetési projektek egyik legnagyobb akadályát, amely kérdést a döntéshozóknak sürgősen kezelniük kell.

Végezetül, az oktatás és a kutatás területén a kórházak fontos intézmények. Bár az alapellátásban létezik néhány innovatív megközelítés, az orvosi és ápolói képzésben részt vevő hallgatók oktatásának zöme változatlanul a kórházakra – mint a képzés helyszínére és a képzéshez szükséges „betegforrásra” – hagyatkozik. Amikor az egészségügyi szektorban tőkebefektetési döntés születik, alapvető figyelembe venni a kórházak oktatásban és kutatásban játszott szerepét. Egy másik fontos kérdés az orvosi specializáció, a szakképesítések növekvő száma, amely a tőkeallokáció egyik lényeges meghatározója.

A tervezési folyamat

A betegek és a személyzet bevonása

Sok európai országban megfigyelhető a betegjogokra vonatkozó növekvő tudatosság és azok fel- és elismerése. Ez egy olyan elvárást generál, hogy vegyék figyelembe a betegek véleményét az új tőkeprojektekben. Nagyon fontos, hogy a csökkent mobilitásúak, a gyenge halló- vagy látóképességűek, az allergiás betegek és a krónikus betegségekben – így például asztma vagy elhízás – szenvedők véleményét és tapasztalatait megfontolják. Továbbá az is fontos, hogy az egészségügyi szakembereket bevonják az új intézmények tervezésébe, kialakításába, hiszen legtöbbször ők azok, akik a legjobban ismerik a létező intézmények gyakorlati akadályait, és sokszor azonosították már a lehetséges megoldásokat. A velük és az egyéb érintett szerep-

lökkel – így a nyilvánossággal – való konzultációt hatékonyan és körültekintően kell lebonyolítani, nehogy az egyéni sajátosságok vagy az elavult munkaszervezés áldozataivá váljunk.

A változások menedzselése

Az egészségügyi szektorban a tőkebefektetés javítása alapvető változtatásokat követel meg a széleskörűen osztott feltételezésekben és gyakorlatokban. Ezek a változások magukban foglalják az életciklus- és a rendszerszerű szemlélet alkalmazását, a betegek és a személyzet elsődlegessé tételét, valamint azt, hogy az egészségügyi kiadásokra befektetésként tekintünk, és ne egyszerűen kiadásként.

A kórházak megváltoztatása kulturális változásokat is magában hordoz. A kórházvezetők azzal a feladattal szembesülnek, hogy a jövőbeli trendeket és azoknak a foglalkoztatottak munkavégzésére, képzettségére, motivációjára, jóllétére gyakorolt lehetséges hatásait megbecsülik. A vezetőknek olyan programokat kell majd kidolgozniuk, amelyek az egészségügyi szakszemélyzet változásokhoz való alkalmazkodását támogatják. Ez már jó ideje érzékelhető az ipari intézményekben, de a változásmenedzsment mindmáig nem kapott megfelelő figyelmet a nagy kórházi projektekben, pedig rengeteg – megosztandó – tapasztalat áll rendelkezésre arra vonatkozóan: hogyan célszerű a változást elősegíteni úgy, hogy az ne veszélyeztesse a kórházak alapvető célkitűzéseinek elérését?

A bizonyítékalap kiterjesztése

Az egészségügyi szektorban megvalósuló tőkebefektetésre vonatkozó kutatás a mai napig igen ritka, noha ezt abban a kontextusban volna érdemes szemlélni, hogy egy sor más – a közelmúltban lezajlott egészségügyi reformot meghatározó – feltételezésre is meglehetősen gyenge bizonyítékok állnak rendelkezésre. Túl gyakran ezek a feltételezések inkább az ideológiát, mint az empirikus tényeket tükrözik, amit például az a – néhány országban osztott – vélekedés is jól mutat, hogy a verseny növeli a hatékonyságot, és a magánszolgáltatók hatékonyabb szolgáltatásokat nyújtanak, mint a közfinanszírozású szektor.

A nagy tőkebefektetésekre vonatkozó kutatás valójában nagyon nehézkes. Csak igen kevés lehetőség van az elfogulatlan összehasonlításra, ha randomizált, ellenőrzött vizsgálatot végeznénk. A befektetés végrehajtása alapvetően nagyban kontextusfüggő, és ebből következően nem lehet általános tanulságokat levonni. Számos esetben az alapvető adatok nem elérhetők a kutatók számára. Ez lehet szándékos politikai döntés, ahogy ez történt az Egyesült Királyságban bevezetett magánfinanszírozási kezdeményezés esetében is, ahol a szerződések kereskedelmi szempontból bizalmasnak minősültek, pedig az intézkedést jelentős mértékű közpénzből finanszírozták. Ennél még gyakrabban fordul elő, hogy az adatrendszerek egyszerűen nem felelnek meg a kutatásnak. Még ha a kórházaknak vannak is a betegek kezelésének közvetlen költségeiről adataik, a másodlagos szolgáltatásokra – így például az intézményfenntartásra – vonatkozó adatok sokszor hiányosak.

A jövőbeli kereslet és kínálat előrejelzése szintén kihívásként jelenik meg. Túl gyakran a népességben vagy a morbiditásban várható jövőbeli változásokkal kapcsolatos várakozások nem világosak, azokat nem támasztják alá tények, továbbá az ellátás új modelljeinek vagy az új technológiáknak a hatásainak feltárására

vonatkozó módszerek fejletlenek. Végezetül, történt néhány kísérlet a tőkebefektetés gyakorlatának dokumentálására, talán azon megkönnyebbülés okán, hogy a projektet éppen befejezték, azonban ezeket senki sem akarja elemezni, hogy milyen tanulságok vonhatók le belőlük. Az a pár eset, amikor ezt elvégezték, komoly hibákat rejtett magában. A birtokbavételt követő tervezés – bár nem kellene, hogy az legyen – luxus.

Ez a könyv és a hozzá tartozó – számos európai esettanulmányt bemutató – kötet csupán az első lépés annak érdekében, hogy a meglévő ismereteket, tudást elérhetővé, hozzáférhetővé tegyünk. A tanulságok elsajátításának elősegítését, valamint annak támogatását, hogy a jövőbeli tőkebefektetések még hatékonyabbak és fenntarthatóbbak legyenek, az értékeléseknek a nagy kórházi változások integráns részeivé kell válniuk, hogy a „legjobb gyakorlatok” azonosíthatók legyenek. Ezeknek az értékeléseknek saját elemzési keretüket világossá kell tenniük, nyilvánvalóvá téve, hogy a kórházi projektek stratégiai vagy taktikus teljesítményét elemzik. Jelen tanulmány szerkesztői remélik, hogy e két kötet vitát indít el az egészségügyi tőkebefektetéssel kapcsolatos főbb kérdésekről, és a jó kórházi tervezés, kialakítás és végrehajtás előnyeiről Európa-szerte, de azon túl is.

4. FEJEZET: A SZOLGÁLTATÁSVÁSÁRLÁS ELMÉLETE*

(Julian Forder, Ray Robinson és Brian Hardy) (Részletek)

Gazdasági szervezetek – koncepcionális alapok

[...]

Szabályozási struktúrák

A szabályozási struktúrák a tranzakciókkal összefüggő szabályok, rendeletek, protokollok és megállapodások mátrixaként kerültek meghatározásra (Williamson 1979, 1994; North 1990).

Noha a szabályozási struktúra elgondolás viszonylag egyszerű, annak meghatározása már jóval kevésbé az. A szakirodalom megkísérelte számos releváns dimenzió leírását. Ezek között szerepel a tulajdonjog, az ellenőrzés és az ügynökség (közvetítés és áthárítás) (Williamson 1975, 1985; Jensen és Meckling 1976; Grossman és Hart 1983, 1986; Coleman 1990); a szerződési forma és a szolgáltatásdíjazási ösztönzők (MacNeil 1985; Milgrom 1990; Laffont és Tirole 1993; Hart 1995; Forder 1997; Lyons és Mehta 1997); a szabályozás (Stigler 1971; Vickers és Yarrow 1988; Spulber 1989); valamint a társadalmi környezet (Hannan és Freeman 1984; Hamilton és Feenstra 1995; Granovetter 1995).

Az első dimenzió a vásárlási és szolgáltatói szerepek integrációs fokát, valamint a kapcsolódó infrastruktúra *tulajdonjogát* érinti. Ezzel összefüggésben érdemes különbséget tenni a tulajdonjog és az ellenőrzés között (Coleman 1994).

Milyen a vásárlói és szolgáltatói funkció eszközrendszere tulajdonjogának a megoszlása? Vajon a vásárlói és szolgáltatói eszközrendszer ugyanazon szereplők – mint például az állam – tulajdonában vannak, vagy e két eszközrendszer tulajdonosai elkülönült apparátus?

Bármilyen is a tulajdonjog megoszlása, abból nem következik szükségszerűen az érintett szereplőknek a különböző funkciók fölötti ellenőrzésének megosztása. Egy egységes tulajdonjogú szervezet például belsőleg szétválaszthatja a vásárlói és szolgáltatói funkciót. Más esetben egy eszköz tulajdonosa önkéntesen átruházhatja vagy átengedheti az ellenőrzést egy másik eszköz tulajdonosának. Gyakorlatilag a tényleges ellenőrzés súlypontja (vagyis hogy a tulajdonjoghoz eredetileg kötődő hatalomból mennyi került átruházásra) lehet a kulcstényező a stratégiai teljesítmény magyarázatában.

A *finanszírozási ösztönzők* alapvető fontosságúak általában a gazdasági rendszerek működtetésében (Laffont és Tirole 1993), és ez alól az egészségügyi ellátórendszer sem kivétel (Frank és Gaynor 1991; Ma

* Forrás: Julian Forder, Ray Robinson, Brian Hardy (2005): Theories of purchasing. Chapter 4. In J. Figueras, R. Robinson and E. Jakubowski, E. (eds.): *Purchasing to improve health system performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, Berkshire, Open University Press, 86–101. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf

1994; Propper 1995; Forder 1997). Oliver Williamson két típusú ösztönzöt különböztet meg, aszerint, hogy azok magas vagy alacsony erejűek (Williamson 1985). Az ösztönzők magas erejűek, ha az egyének képesek az erőfeszítéseikből eredő teljes profit megtartására. Az alacsony erejű ösztönzőkre jellemző a profit/többség és az erőfeszítés közötti kapcsolat felhígulása. A fizetések az alacsony erejű ösztönzők példaként említhetők. Az egyének úgy kapják a jövedelmüket, hogy az csak közvetetten hozható összefüggésbe erőfeszítéseikkel. Amint Williamson megjegyzi, az ösztönző ereje függ attól, hogy a szolgáltatók vajon saját akcióik és erőfeszítéseik felett ellenőrzést gyakorolnak-e, illetve van-e joguk a megfelelő nettó jövedelemre, akár a tulajdonjogból eredően, akár azért, mert ezt a jogot szerződés engedi át.

A szabályozás problematikája az egészségügyi ellátórendszer kialakításában rejlik, vagyis az egyéni szereplők saját legjobban felfogott érdekeik szerinti döntéseik tulajdonképpen egy szélesebb társadalmi érdekszerződésben működnek. Ez a kulcsszempont a kormány egyre inkább megjelenő „stewardship” (irányító-szabályozó) szerepében (lásd 8. fejezet). A szabályozási tevékenységek – normális keretek között – három fő területet érintenek: a kapacitás, az árak és a minőség szabályozását. E három terület mindegyikén a kormány (vagy a kormány ügynökségeinek valamelyike) szétterjedő érdekeket állít fel, amelyeknek az egyes szervezeteknek meg kell felelniük.

Az a *társadalmi környezet*, amelyben ez megjelenik, erős befolyást gyakorolhat az egészségügyi rendszer szereplőinek viselkedésére. Granovetter és mások például leírják, hogy a specifikus tranzakciókból származó cselekvések beágyazottak az egyének társadalmi környezetben jelen lévő konvenciókba (Hannan és Freeman 1984; Granovetter 1985; Hamilton és Feenstra 1995). Ezek a konvenciók pedig esetlegesen a szűk gazdasági megfontolások ellen dolgozhatnak. Például a tranzakciókban részt vevő felek azokban a társadalmakban, amelyek az egyéni becsületet értéknek tartják, valószínűsíthetően kevésbé fognak visszaélni a pozíciójukkal – csalni –, mint azok a felek, amelyek sokkal „pragmatikusabb” értékeken nyugvó társadalmakban működnek (Granovetter 1985; Hodgson 1988; Sako 1992).

Ha figyelmünket csak a fenti dimenziókra korlátozzuk, az is a lehetséges szabályozási struktúrák sokaságát teremti meg. Ugyanakkor a gyakorlatban az egyes dimenziók mentén való választások egymással összefüggést mutatnak és – az alternatív szabályozási struktúrák számát csökkentve – három fő típusba csoportosíthatók az alábbiak szerint.

A *piacok* esetében az áruk és szolgáltatások vásárlásáért és nyújtásáért egymástól elkülönülten birtokolt és ellenőrzött szervezetek a felelősek. A szerződéseket önkéntes (kétoldalú) cserék határozzák meg, és a szerződésadaptációk a két fél tárgyalása és közös elhatározása alapján jönnek létre. A pénzügyi ösztönzők gyakran magas erejűek, hiszen a tulajdonjog általában jogot teremt a megfelelő maradványokhoz (profitokhoz). Ugyanakkor lehetőség nyílik az alacsonyabb vagy vegyes finanszírozási ösztönzők alkalmazására is, ha a felek a jövedelemre vonatkozó bizonyos jogokat átengednek a szerződésben.

A *hierarchia* jellemzője a döntéshozó hatalom, amit a szerződő felek egyike megszerzett (a hierarchikus feljebbvaló – pl. a vezetők); és a másik fél (az alárendelt – pl. az alkalmazottak) a hatalom átengedésével elfogadja a vezetők instrukcióit. A hierarchikusan alárendelt általában fizetést vagy ezzel egyenértékű, ala-

csony erejű ösztönzőket kapnak. A hierarchiák közös jellemzője az egyesített tulajdonjog, bár ez nem minden esetben van így. Az alkalmazottak – szándékuk szerint – bármikor kiléphetnek.

A *hálózatok (networks)* mind a piacok, mind a hierarchia bizonyos jellemzőit magukon viselik. A tulajdonjog megosztott – mint a piacokon –, míg az ellenőrzés jogát az egyik fél gyakran önkéntesen átengedi, hogy a másik fél gyakorolja – mint a hierarchiákban. Mindazonáltal míg a hierarchiákat a hatalom, a piacokat a karnyújtásnyi kapcsolatok, a hálózatokat pedig az együttműködés és a bizalom jellemzik.¹ A vásárlók például készek arra, hogy a szolgáltatók számára szabadságot biztosítsanak szolgáltatások működtetésében, hiszen a bizalom alapján nem használják ki ezt a helyzetet. A költségvetési támogatás nagyon gyakori. Ez a szabályozási forma vegyíti az egyéni tranzakciókkal kapcsolatos ösztönzőket. Bár a szolgáltatók átalánydíjat kapnak, és megtarthatják a maradványt, ez általában számos tranzakcióra eloszlik, lehetővé téve így módon a költségek keresztfinanszírozását. Továbbá gyakran vannak olyan körülmények, amelyek lehetővé teszik a kifizetések visszamenőleges kiigazítását.

E három szabályozási struktúrát összegzi a 4.1. táblázat.

4.1. táblázat: Kormányzati vásárlói lehetőségek

Dimenzió	Hierarchikus	Hálózat	Piac, kétoldalú
Tulajdonjog-ellenőrzés-ügynökség			
Tulajdonjog	Integrált	Szétszórt	Szétszórt
Ellenőrzés	Egységes	Elkülönült, de összefüggő	Elkülönült/decentralizált
Közvetítés	Vásárlói ügynök	Ügynök	Egyén
Jogkörátadás	Stratégiai (központi)	Taktikus	Taktikus (helyi)
Szerződéstípus			
Ösztönző típus	Alacsony erejű (fizetési)	Közepes erejű (költségvetési támogatás)	Magas erejű (a szolgáltató megtartja a profitot)
Specifikáció	Minimális, informális	Minimális, informális	Részletes, formális
Hosszúság (időtartam)	Rövid, gyakori	Rövid, gyakori	Hosszú, ritka
Ütemezés	Visszamenőleges	Visszamenőleges	Jövőbeli
Előre nem látott kiadások (a kifizetés és a költségek közötti kapcsolat)	Magas, a költségek és a visszatérítés egymáshoz kapcsolt	Közbenső	Alacsony, fix árak

folytatódik

¹ Ez nem azt jelenti, hogy a piacok és a hierarchiák nem jellemezhetőek a bizalommal és a társadalmi megállapodások hatásaival. Valóban, számos szerző nem különbözteti meg a „hálózatokat” mint külön kategóriát, hanem helyette azt hangsúlyozza, hogy a piacok és a hierarchiák a társadalmi hálózatokba beágyazottak (Granovetter 1985).

Dimenzió	Hierarchikus	Hálózat	Piac, kétoldalú
Szabályozás			
Szerződésspecifikus	Alacsony – informális megállapodások	Alacsony	Magas – a specifikációknak való megfelelés monitorozása
Kínálatoldali szabályozás	Alacsony – önszabályozás	Alacsony	Magas – rendszeres felügyelet
Társadalmi környezet			
A motivációk – társadalmi megállapodás szerinti – összehangolása	Magas	Magas	Alacsony

[...]

A tranzakciók dimenziói

Az új intézményi gazdaságtannak vagy a szervezetek gazdaságtanának egyik kulcseleme: a tranzakciók. Tranzakció alatt azt a folyamatot értjük, amely által egy gazdasági rendszer szereplői kölcsönösen egymásra hatnak. A szabályozási struktúra megválasztását és annak kimeneteit a tranzakciók jellemzői kritikus módon meghatározzák. Ebben az alfejezetben részletesebben áttekintjük a tranzakciók dimenzióinak jellemzőit, amelyek közé tartozik a mérés, az alku és a monitorozási költségek, a bérleti díjakból és a felelősség elkerüléséből eredő költségek; a szerződés teljesítése, a gyakoriság, az időtartam és a tranzakciók elvégzésével kapcsolatos reputáció, a komplexitás és a bizonytalanság; a verseny és a versenyképesség, a társadalmi kontextus szerepe.

Az előbbiekben már hangsúlyoztuk a komplexitás, a versenyképesség és a gyakoriság, illetve a tranzakciók időtartama fontosságát. A komplexitás magában foglalja a tranzakcióval összefüggő jellemzőkkel kapcsolatos bizonytalanságra vonatkozó információs problémákat – többek közt a népesség egészségügyi igényeit és az információk aszimmetrikus eloszlását, így például az orvosoknak több ismeretük van az egészségügyről, mint a betegeknek, vagy a kórházak tudása nagyobb, mint az egészségbiztosítási alapoké. A versenyképesség hasonlóan csoportosítható a bemeneti/kimeneti korlátok (azaz a verseny szintjei), valamint a készletspecifikusság szempontjából – például az orvosi technológia, amelynek egyetlen célja az, hogy ne lehessen adaptálni, és azt más célra felhasználni anélkül, hogy annak jelentős költsége keletkezne. E listához társítanánk a tranzakció társadalmi környezeti kontextusát. Ezek abban különböznek a szabályozási struktúra elemeitől, hogy vagy adottak – az érintett szereplők ellenőrzésén kívül –, vagy legalábbis rövid távon megváltoztathatatlanok.

Mérés, alku és monitorozási költségek

A tranzakciók esetében tipikusan mérési, alku- és monitorozási költségek merülnek fel. A mérési költségek azért merülnek fel, mert annak érdekében, hogy az akció megfelelő folyamatait meg lehessen határozni, a tranzakcióhoz a feleknek szükségük van információra a releváns jellemzőkről – például a kérdéses szolgáltatásra, annak minőségére, a szolgáltatást igénybe vevőkre, a költségekre, és így tovább. Bizonyos körülmények között megjelenik az erőfeszítések felesleges megduplázódása, mivel *mindkét* félnek (a megbízónak és az ügynöknek) szüksége van arra a tudásra, amellyel informált pozícióból képes tárgyalni (Milgrom és Roberts 1990). Megfelelő biztosítékokkal sokkal kevésbé lenne költséges, ha csak az egyik fél gyűjtené össze ezeket az információkat, és torzítás nélkül megosztaná azokat a másik féllel.

Az alkuköltségek a szerződéses feltételek tárgyalásakor jelennek meg. Ha a tranzakcióban érdekelt mindkét fél komoly részt vállal a tranzakció haszna megosztásának meghatározásában, az alku meglehetősen elnyújtott és költséges lehet.

A monitorozási költségek *ex ante* és *ex post* egyaránt megjelennek. Megjelennek a már előzetesen meglévő – a tranzakciót magát leíró – releváns jellemzők meghatározásában, így például a más felek preferenciáira vonatkozó információk. Az effajta *ex ante* információ elűt a tranzakció folyamatával és kimenetével kapcsolatos jellemzőkre vonatkozó információktól, mint például a szolgáltatás minősége vagy a szolgáltató erőfeszítései.

Az *ex ante* információ nélkül meghatározott szerződések általában nem tudja rávenni a feleket arra, hogy önkéntesen megosszák ezen információkat (Baron 1989; Laffont és Tirole 1993; Forder 1997). Ezek az információk mégis szükségesek a tranzakció zökkenőmentes és hatékony végrehajtásához, legalábbis egy részük megléte célszerű – még akkor is, ha így monitorozási költségeket gerjesztünk. Meg kell jegyezni azt is, hogy az *ex ante* és az *ex post* költségek között gyakorta megjelenik egy fordítottan arányos kapcsolat, vagyis ha például egy vásárló időt és pénzt fektet be sokkal teljesebb szerződések kidolgozásába, a monitorozási költségek valószínűleg csökkennek majd.

A hierarchiáknak és hálózatoknak a piacok – mint a szabályozás rendszerei – fölötti fő előnye a mérési és alkuköltségek alacsony szintjében mutatkozik meg. Ahol az ellenőrzést egy magasabb hatóságnak vagy hálózati partnernek engedik át, ott elkerülhető a mérés megkettőződése. Továbbá, mivel az egyik partner hatóság, nem valószínűsíthető az elhúzódó alku. [...]

Motivációs hibák: a felelősség elkerülésének problémái

A motivációs hibák abból erednek, hogy a megbízóknak gyakran szegényesek az információi a termelési folyamatokról és a költségekről, és nehezen tudják felmérni az egyéni ügynökök hozzájárulását vagy erőfeszítését (Holmstrom 1982). Az ügynökök elmulasztják kötelezettségeiket, amit elfed a kimenetnek a külső feltételekből eredő szokásos hullámszerűsége. A probléma az előbbiekben tárgyalt koordinációs ösztönző problematikájához hasonló. A koordinációs probléma az ügynököknek – a produktivitás javítása érdekében – adott instrukciók átfogóságával függ össze; a motivációs probléma azoknál a megbízóknál jelenik meg, akik képtelenek annak megállapítására, hogy az instrukciókat követték-e (vagy esetlegesen a vásárló képtelensége,

hogy úgy specifikálja az instrukcióit, hogy azok követhetőek legyenek). A minőségi kötelezettségek elmulasztása szintén problémát jelent azon ügynökök esetében, akik nem elégit ki a szolgáltatáskínálattal szembeni minőségi követelményeket, mert a megbízónak kizárólag hibás minőségi indikátorai vannak (vagy a minőség „kirívó jelei” mutatkoznak meg). Az egészségügyi ellátás minőségét – különösen kimeneti szempontból – nehéz mérni, ezért szükséges azt szerződésben rögzíteni, mivel a vásárló egész egyszerűen lehet, hogy nem tudja, hogy a nyújtott szolgáltatás vajon valóban jó minőségű-e, különösen ha azelőtt vásárolja azt meg, hogy a szolgáltatást igénybe venné. Ehhez hasonlóan, a szolgáltatás költségjellemzőit (az igénybe vevő igényei szerinti típusokkal befolyásolva) sokkal pontosabban ismerik a szolgáltatók.

Amikor a szolgáltatók díjazására hatást gyakorolnak a költségjellemzők, a szolgáltatók ösztönözve vannak arra, hogy ezeket a költségeket ún. „felkódolással” túlméretezzék (Forder 1997).

A motivációs hibák egyik kapcsolódó formája a lefölözés, ahol a szolgáltatók igyekeznek elkerülni a potenciálisan magas költségű betegek kezelését, ezzel – az átlagon alapuló fix jövedelemhez viszonyítva minden költség típusban – csökkentve a költségeket (Matsaganis és Glennerster 1994). [...]

Gyakoriság, időtartam és reputáció

A gyakoriság és az időtartam a tranzakciók kulcsjellemzői. A (viszonylag rövid egyéni időtartamú) – de egy hosszabb, szorosabb kapcsolat részeként – gyakori kölcsönhatásban lévő feleknek nagyobb lehetőségeik vannak arra, hogy egymásnak támogatást/kedvezményeket adjanak, vagy megtagadják azokat egymástól. E képesség jelentős hatást gyakorol az előbbiekben tárgyalt motivációs problémára, és általában a tranzakciók végrehajtásának alacsonyabb költségeit is jelenti. Szintén kihatással lesz a reputációs lehetőségekre, amely a viselkedést befolyásolja. A reputáció a tranzakciós költségek gazdaságossá tételének nagyon erőteljes módszere: a többszörös tranzakciókban a szereplőknek minden ösztönzőjük megvan a jó hírnév megtartására, hiszen a jövőbeli tranzakciók kimenete függ ettől (Kreps és Wilson 1982; Milgrom és Roberts 1982; Roth és Schoumaker 1983; Fudenberg és Tirole 1992).

Ez a módszer a hierarchiák működtetésében központi szerepet játszik, melyben az alárendeltek (pl. az alkalmazottak) készek az ellenőrzés (és ezzel a kockázat) átengedésére, mivel a munkáltató a reputációjával megvédi őket (Kreps 1990, 1996). A reputációra szükség van ahhoz, hogy az alkalmazottak feltételezhessék, hogy a kapcsolat révén megteremtett többlet ésszerű részéhez jutnak hozzá.² Hasonló érv hozható fel a hálózatokra; minimális specifikáció, adaptív („kapcsolatos”) szerződések elégségesek, hiszen a presztízzsel való törődés – a szerződésben nem rögzített, előre nem látható eshetőségekre vonatkozóan – ésszerű lépésekre készítetik a szereplőket. [...]

² Ez az ésszerű elosztás lehet meglehetősen visszafogott, hiszen az alkalmazottak kockázatkerülők, és készek arra, hogy a rövid távú kockázatkiszárlással – saját üzleti vállalkozásuk elindításával összefüggő hosszabb távú kockázataik védelme érdekében – üzleteljenek.

A verseny

A verseny foka nagyban hat a tranzakciós költségekre. Először is: az alkuval összefüggő tranzakciós költségek komolyan függenek a verseny szintjétől. Ha csak egyetlen szolgáltató létezik, a tárgyalás elnyúlhat, de ha csak egyetlen további szolgáltató is megjelenik a színen, a kicsinyesség és az alku rövidre zárható: fennáll ugyanis annak a veszélye, hogy a vásárló az egyik szolgáltatót kijátssza a másikkal szemben. Másodszor: a verseny magas szintje nagyban aláássa a „járadékvadászat” típusú magatartást, mivel a verseny – a túlélés érdekében – hatékony lépésekre kényszeríti a szolgáltatókat (Tirole 1988). A verseny lehetősége vagy a „megtámadhatóság” még a tényleges verseny hiányában is kezelni tudja a monopólium problematikáját. Harmadszor: a verseny segíthet a felelősségelkerülés (és a lazaság) néhány problémájának kezelésében, megengedve a versenyzők benchmarkolását, azaz a megbízó számára lehetővé teszi az ügynök/szolgáltató észlelt viselkedésének összehasonlítását. Ezt a folyamatot nevezik „yardstick” (összehasonlíthatósági) versenynek (Schleifer 1985). Negyedszer, amikor a verseny egészséges, a piaci árak jó módszerek az információk átadására, ami a mérési költségek csökkentését célozza (Milgrom és Roberts 1992).

A specializáció azon eszközöktől való függéshez vezet, amelyek tranzakcióspecifikusak abban az értelemben, hogy másutt igen korlátozottan felhasználhatóak (eszközspecifikusság). Például egy szolgáltató függővé válhat azzal, hogy olyan alkotóelemeket szolgáltat, amelyeket egyedi végtermékhez alkalmaznak. Ez méretgazdaságossághoz vezethet, és javíthatja a minőséget, ugyanakkor a szolgáltatót egy tranzakcióban csapdába ejti, mivel egy másik vásárlóra való váltás költséges módosításokat vagy a termelési folyamatra való átállást kívánna meg. Ilyen módon a specializált technológiát alkalmazó akut kórházak, illetve azok a területek, amelyek úgy határozhatóak meg, hogy az ott élő betegeknek nincs szándékában messzire utazni, gyakorta egy adott helyi vásárlónál ragadnak. Ugyanakkor a piacra újonnan belépők nehéznek találhatják a piacon már megállapodott szolgáltatókkal való versenyzést, a bizonyos eszközökbe már befektetett vállalati költségek miatt. E tényezők alacsony versenyképességhez vezetnek.

Ebből eredően az eszközspecifikusság csökkenti a potenciális versenyt, és visszafoghatja a befektetéseket. Mindazonáltal a hierarchikus szabályozási struktúrákban ez sokkal csekélyebb probléma, hiszen a termelési és a (fizikai) vásárlói eszközök egyesített tulajdonban vannak (Grossman és Hart 1986). A hálózatok e kérdéseket részben szintén kezelik, mert az ellenőrzést gyakran az egyik félnek engedik át, még akkor is, ha a tulajdonjog változatlanul elkülönül.

Vásárlói implikációk

Vásárlói szervezetek: piacok, hierarchiák vagy hálózatok?

Nos tehát: mit mond nekünk az intézményi gazdaságtan elmélete? Először is – a tranzakcióra való összpontosítással és az azt keretbe foglaló szabályozási struktúra azonosításával – a szervezetelméleteket az elemzők arra használták, hogy megértsék, miért léteznek komplex szervezetek, és milyen körülmények között jönnek létre a szervezetek különböző típusai. Az elmélet kulcstétele szerint összefüggés áll fenn a szabályozási

struktúra megválasztása és a kimenetek között. Ez a kapcsolat a tranzakció jellemzőinek és a megbízó-ügynök konfigurációknak a közvetítésével létezik.

E tétel elméleti alapja eltér az e gondolkör különböző iskolái között. A *szerződéselmélet* az információs aszimmetria központi szerepe mellett érvel (Milgrom és Roberts 1990; Hart 1995; Kreps 1996). A Williamson-féle *új intézmény-gazdaságtan* (a versenyképességi probléma egy típusaként) az eszközök specifikusságát tartja meghatározónak. A *társadalmi csere elmélete* a bizalom és a társadalmi tőke fontosságát hangsúlyozza a cserekapcsolatban, amelyre úgy tekint, mint ami eredendően az alapvető társadalmi és kulturális értékekből, normákból vezethető le, semmint annak elsődlegesen számító voltára (Coleman 1994). Mindezen látásmódok különbségei ellenére ebben a fejezetben a szervezet-gazdaságtannal foglalkozó szakirodalom néhány kulcsjellemzőjét szemlélítjük, hogy rövid magyarázattal szolgáljunk az e könyvben alkalmazott, három fő megbízó-ügynök kapcsolatban lehetséges szabályozási struktúrájára.

A vásárló mint a beteg ügynöke

A vásárló (pl. a kapuőr orvos) és a beteg közötti tranzakció általában hierarchikus vagy hálózati szabályozási struktúrában zajlik le: a betegek önkéntesen átengedik az egészségügyi ellátásokra vonatkozó döntésekkel kapcsolatos ellenőrzés és hatalom nagy részét a vásárlónak (Evans 1981). Ez leveszi a beteg válláról a számára szükséges egészségügyi szolgáltatások mértékének és skálájának meghatározásakor létrejövő terjedelmes mérési költségterhet. Ha az ügynöki kapcsolat jól működik, az a feleslegesen megduplázott erőfeszítés elkerülhető, ami akkor áll fenn, ha mindkét fél megkísérli az információk összegyűjtését, hogy informált pozícióból tárgyalhasson (Milgrom és Roberts 1990). A hierarchikus megoldások alkalmazása rendkívüli mértékben függ a beteg számára szükséges szolgáltatás komplexitásától. A magas gyakoriság szintén fontos, mert a reputáció elengedhetetlen a beteg olyan motivációs hibáktól való védelmében, mint a szolgáltató által generált kereslet (Evans 1974; Cromwell és Mitchell 1986; Rice és Labelle 1989; Grytten és Sørensen 2001), vagy a lazaság (szerződésben vállalt kötelezettség elmulasztása) (ez a jelenség függ attól, hogy hogyan fizetik az orvost). Kreps (1990) megjegyzi, hogy nincs szükség arra, hogy ugyanaz a beteg gyakori kapcsolatot tartson orvosával. A betegek egy sorozata – akik tapasztalataikat képesek mások számára visszacsatolni – is elégséges.

A bizalom és a társadalmi tőke a hálózatokban szintén beteljesítheti ezt a védelmi szerepet. Amennyiben léteznek olyan társadalmi szankciók, amelyek hatékonyan megakadályozzák a vásárlókat a pozíciójukkal való visszaéléstől, akkor az effajta szabályozási struktúrák nagyon is hatékonyak lehetnek. A tranzakciós költségek alacsonyak lesznek, hiszen a mérést alapvetően csak az egyik fél végzi el, és a tárgyalás minimumszinten marad. A tranzakciós hasznok meglehetősen magasak lesznek, mivel különösen a motivációs hibák elleni védelem hatásos.

A piaci szabályozási struktúrákat nem vetik el teljes mértékben, de például az informált beteg arra ösztökélheti a vásárlót, hogy sokkal inkább brókerszerepet vállaljon, és olyan ellátásokat biztosítson, amelyek természetét a beteg specifikálja. Mindazonáltal, mivel a mérés ismétlődő jellege és magas költsége, valamint

a belépés versenyt korlátozó határai – (pl. a szakmai szövetségek tagsága) – adottak, a piaci tranzakciók valószínűleg nem lesznek optimálisak.

A vásárló mint a kormány ügynöke

A szabályozási rendszerek választása részben az alternatív célkitűzések súlyozásától függ. A kormánynak – az egészségügyi ellátórendszer „gondnokaként” – alapvető felelőssége van a népesség egészségügyi igényei kielégítésének biztosításában. Egyebek között ez maga után vonja annak garantálását, hogy az egészségügyi szolgáltatások vásárlásáért felelős szervezetek a nemzeti célkitűzésekkel konzisztens módon működnek. A legtöbb közfinanszírozott egészségügyi rendszerben ez a célkitűzés egy. Néhol ez feszes utasításos-ellenőrzéses rendszer, de egyre jellemzőbb, hogy a döntéshozatallal kapcsolatos hatalom regionális vagy helyi szervezetekhez delegálódik, noha e helyi szervezeteket nemzeti szinten monitorozzák és szabályozzák.

A nagyobb helyi autonómia megfelel az új közmenedzsment-gondolkodásnak, ugyanakkor azonban a koordinációs és motivációs problémák széles köre általános jelenség. A helyi vásárló teljesítményére vonatkozó helytálló információ hiánya szintén korlátozhatja a megbízói kapacitást abban, hogy a helyi ügynököket arra készítse, hogy céljaiknak teljes mértékben megfelelően működjenek. Például a szabályok kijátszásának a problematikájával szembesülnek a kormányok, amit célok kitűzésével igyekeznek mikroszinten menedzselni.

A kormány és a vásárlók közötti piaci szabályozási megállapodások messze nem olyan általánosak, bár alkalmanként a vásárlói felelősségek kiszereződésének néhány formája jelen van. Az Egyesült Államokban a Medicare és a Medicaid programok keretében a HMO szervezeteknek (Health Maintenance Organisation) fizetett díjazás az ilyen típusú megállapodások egyik formáját testesíti meg. Az Egyesült Királyság 1991 és 1997 között a „fund-holder” rendszerben működő háziorvosok számára elkülönített költségvetés egy másik példa volt (Glennister és Matsaganis 1993; Light 1995).

A piaci megállapodás előnyösnek tekinthető akkor, ha a páciensek elvárásaihoz való alkalmazkodás fontos cél, ezzel szemben a tranzakciós költségek gazdaságossá tétele valószínűsíthetően a hierarchiát részesíti előnyben.

A szolgáltató mint a vásárló ügynöke

A vásárló magára vállalja a szolgáltatókkal kapcsolatban álló megbízó szerepét. Ismét jelen van a lehetséges szabályozási struktúra opciók skálája, és valóban, az új közmenedzsmenttel foglalkozó szakirodalom leginkább e kapcsolattal foglalkozik. A lehetőségek közötti választás középpontjában a vásárlók által megvásárolni kívánt szolgáltatás természete van. A fő, nagy volumenű szolgáltatásoknak meglehetősen mások a tranzakciós jellemzőik, mint a specializált, ritkán alkalmazott szolgáltatásoké. A tranzakciók a fő szolgáltatások esetében gyakran ismétlődnek, tehát a reputáció fontos mechanizmus lesz a motivációs és koordinációs problémák kezelésében. A versenyszintek potenciálisan elég magasak lehetnek. A különböző egészségügyi szolgáltatásoknak valójában igen különbözők a jellemzőik. Néhányuk nehezebben mérhető vagy problémásabb – több specifikus eszközzel – meghatározható, mint mások. Ebből következően bizonyos szolgáltatások sokkal inkább piaci megállapodásokat igényelnek, míg a hierarchia más szolgáltatások esetében megfelelőbb (Ashton 1998).

A piaci szabályozás választása a hierarchia helyett nagymértvűen függ a vásárlók által – a vásárlóknak az egészségügyi minisztériumokkal való (előbbieken tárgyalt) ügyletei révén – felhalmozott ismeretének a mennyiségétől. Ha a vásárlók nincsenek erős kényszer alatt, a hierarchikus szervezeti forma alkalmazása ésszerűnek tűnik, és jelentős tranzakciós költségeket megtakarítva azzal, hogy a döntések feletti kontrollt a szolgáltatói részlegnek engedik át. A hátulütő a lazaság. Különösen a magas termelési költségek és a szolgáltatók szempontjaihoz igazodó szolgáltatások jellemzik a közszolgáltatókat (Department of Health [Egészségügyi Minisztérium] 1990; Bartlett és mások 1998). A vásárlók kialakíthatnak olyan eszközöket, amelyek kisebb lazaságra motiválják a szolgáltatókat, elveszítve azonban ezzel az alacsony tranzakciós költségekből eredő néhány előnyt. Szintén, a közhierarchiával a probléma sokkal inkább a menedzserek – mint a beosztottak – számára nyújtott ösztönzőkben rejlik. A megbízók is úgy érezhetik, hogy hatalom hiányában nem tudnak változást elérni a verseny által biztosított erőteljes – a piacról való kiszorulásra vonatkozó – veszély nélkül (Hirschman 1970). Mindent egybevetve, amennyiben a szolgáltatók rávehetők arra, hogy versenyezzenek, a piacok – szabályozási szempontból – rendkívül ésszerűen fognak működni. Ugyanakkor a piacra való belépés és kilépés korlátai miatt például az, hogy a kórházi piacok megfelelő versenyt valósítanak meg, messze van a bizonyostól (Dranove és White 1994; Propper 1996).

[...]

Hivatkozások

- Ashton, T. (1998): Contracting for health services in New Zealand: a transaction cost analysis. *Social Science and Medicine*, 46 (3), 357–367.
- Baron, D. (1989): Design of regulatory mechanisms and institutions. In R. Schmalensee and R. Willig, (eds.): *Handbook of Industrial Organization*. Amsterdam, North-Holland publishers.
- Bartlett, W., Roberts, J. and Le Grand, J. (1998) :The development of quasi-markets in the 1990s, In W. Bartlett, J. Roberts and J. Le Grand (eds.): *A revolution in social policy: quasi-market reforms in the 1990s*. Bristol, Policy Press.
- Coleman, J. (1990): *Foundations of social theory*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Coleman, J. (1994): A rational choice perspective on economic sociology. In N. J. Smeltzer and R. Swedberg (eds.): *The handbook of economic sociology*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Cromwell, J. and Mitchell, J. (1986): Physician-induced demand for surgery. *Journal of Health Economics*, 5, 293–313.
- Dranove, D. and White, W. (1994): Recent theory and evidence on competition in hospital markets. *Journal of Economics and Management Strategy*, 3, 169–209.
- Department of Health (1990): Community care in the next decade and beyond: policy guidance. London, HMSO.
- Evans, R. G. (1981): *Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry*. Paper read at Health, Economics and Health Economics.

- Forder, J. (1997:) Contracts and purchaser-provider relationships in community care. *Journal of Health Economics*, 6, 517–542.
- Frank, R. G. and Gaynor, M. (1991): *Incentives, optimality and publicly provided goods: the case of mental health services*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.
- Fudenberg, D. and Tirole, J. (1992): *Game theory*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Glennerster, H. and Matsaganis, M. (1993): The UK health reforms: the fund-holding experiment. *Health Policy*, 23, 179–191.
- Granovetter, M. (1985): Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91 (3), 481–510.
- Granovetter, M. (1995): Coase revisited: business groups in the modern economy. *Industrial and Corporate Change*, 4 (1), 93–129.
- Grossman, S. and Hart, O. (1983): An analysis of the principal-agent problem. *Econometrica*, 51 (1), 7–45.
- Grossman, S. and Hart, O. (1986): The costs and benefits of ownership: a theory of vertical and lateral integration. *Journal of Political Economy*, 94 (4): 61–719.
- Grytten, J. and Sørensen, R. (2001): Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *Journal of Health Economics*, 20, 379–393.
- Hamilton, G. and Feenstra, R. (1995): Varieties of hierarchies and markets: an introduction. *Industrial and Corporate Change*, 4 (1), 51–91.
- Hannan, M. and Freeman, J. (1984): Structural inertia and organizational change. *American Sociological Review*, 49, 194–264.
- Hart, O. (1995): *Firms, contracts and financial structure*. Clarendon Lectures in Economics. Oxford, Oxford University Press.
- Hirschman, A. (1970): *Exit, voice and loyalty*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Hodgson, G. (1988): *Economics and institutions: a manifesto for a modern institutional economics*. Cambridge, Polity Press.
- Holmstrom, B. (1982): Moral hazard in teams. *Bell journal of economics*, 13, 324–340.
- Jensen, M. and Meckling, W. (1976): Theory of the firm: managerial behaviour, agency costs and ownership structure. *Journal of financial economics*, 3: 305–360.
- Kreps, D. (1990): Corporate culture and economic theory. In J. Alt and K. Shepsle (eds.): *Perspectives on positive political economy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Kreps, D. (1996): Markets and hierarchies and (mathematical) economic theory. *Industrial and Corporate Change*, 5 (2), 561–595.
- Kreps, D. and Wilson, R. (1982): Reputation and imperfect information. *Journal of Economic Theory*, 27, 253–279.
- Laffont, J.-J. and Tirole, J. (1993): *A theory of incentives in procurement and regulation*, Cambridge, MA, MIT Press.

- Lyons, B. and Mehta, J. (1997): Contracts, opportunism and trust: self-interest and social orientation. *Cambridge journal of economics*, 27, 239–257.
- Ma, C.-T. A. (1994): Health care payment systems: cost and quality incentives. *Journal of Economics and Management Strategy*, 3 (1), 93–112.
- MacNeil, I. (1985): Relational contracts: what we do and do not know. *Wisconsin Law Review*, 483–525.
- Matsaganis, M. and Glennerster, H. (1994): The threat of ‘cream skimming’ in the postreform NHS. *Journal of Health Economics*, 13 (1), 31–60.
- Milgrom, P. and Roberts, J. (1982): Predation, reputation, and entry deterrence. *Journal of Economic Theory*, 27, 280–312.
- Milgrom, P. and Roberts, J. (1990): Bargaining costs, influence costs, and the organization of economic activity. In J. Alt. and K. Shepsle (eds.): *Perspectives on positive political economy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Milgrom, P. and Roberts, J. (1992): *Economics, organization and management*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- North, D. (1990): *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Propper, C. (1993): Quasi-markets, contracts and quality in health and social care: the US experience. In J. Le Grand. and W. Bartlett (eds.): *Quasi-markets and social policy*. Basingstoke, Macmillan.
- Rice, T. and Labelle, R. (1989): Do physicians induce demand for medical services? *Journal of Health Politics, policy and law*, 14, 587–600.
- Roth, A. and Schoumaker, F. (1983): Expectations and reputation in bargaining: an experimental study. *American Economic Review*, 73, 362–372.
- Sako, M. (1992): Prices, quality and trust: inter-firm relations in Britain and Japan. Cambridge, Cambridge University Press.
- Schleifer, A. (1985): A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics*, 16, 319–327.
- Spulber, D. (1989): *Regulation and markets*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Stigler, G. (1971): The theory of economic regulation. *Bell journal of economics and management science*, 2, 3–21.
- Tirole, J. (1988): *The theory of industrial structure*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Vickers, J. and Yarrow, G. (1988): *Privatization: an economics analysis*. Cambridge, MA, MIT Press.
- Williamson, O. (1975): *Markets and hierarchies*. New York, Free Press.
- Williamson, O. (1979): Transaction cost economics: the governance of contractual relations. *Journal of Law and Economics*, 22 (2), 233–261.
- Williamson, O. (1985): *The economic institutions of capitalism*. New York, Free Press.
- Williamson, O. (1994): Transaction cost economics and organization theory. In N. Smeltzer and R. Swedberg (eds.): *The handbook of economic sociology*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

EREDMÉNYFÜGGŐ FINANSZÍROZÁS (P4P) – NEMZETKÖZI TAPASZTALAT ÉS MEGFONTOLÁST ÉRDEMLŐ JAVASLAT ÉSZTORSZÁG RÉSZÉRE*

(Alan Maynard) (Részlet)

A változás ösztönzése az egészségügyi ellátás nyújtásában és vásárlásában

Akár a Donabedian-féle (1966) egészségpolitikai megközelítést, akár a Cochrane-féle (1972), inkább orvosi szempontot nézzük, az világos, hogy az egészségügyi reformok a struktúrára és a folyamatra összpontosítanak, és figyelmen kívül hagyják a kimeneteket. A Cochrane által elindított bizonyítékokon alapuló orvoslás mozgalma hozzájárult ahhoz, hogy a politika és az orvosok arra összpontosítsanak, hogy a klinikai hatékonyság szempontjából mi működőképes. Ez a szemlélet kielégítően fejlődött a gyógyításban, és középpontba állította a technológiaértékelést mind a klinikai hatékonyság, mind a költséghatékonyság területén. A költséghatékonyságot pedig a forrásallokáció domináns meghatározójaként fogadták el. Az egészségpolitikában az input-output/eredmény (outcome) kapcsolatra azonban kevés figyelem irányul, és továbbra is indokolatlan hangsúly helyeződik a struktúrára és a folyamatra, a betegek által jelentett eredmény mérése (patient reported outcome measures – PROM) helyett – a kutatási tények ellenére. Ez hozzájárul a jelentős különbségek fennmaradásához a klinikai gyakorlatban és ahhoz, hogy a klinikai vizsgálatokban széles körben elterjedt életmód-mértékeket továbbra sem alkalmazzák a rutin orvosi gyakorlatban.

Az ösztönzők fontossága

Az ösztönzők előidézhetik a szolgáltatók magatartásának az egészségpolitikai célokkal való összhangját, de létrehozhatnak – az egészségpolitikai célkitűzéseket gátló – visszas kimeneteket is. Az ösztönzők lehetnek pénzügyi és nem pénzügyi ösztönzők. Konfucius például kiemelte a bizalom szerepét, ami nélkül „nem létezhetünk”. A bizalom kötelezettséget keletkeztet, s nyilvánvalóan nem pénzügyi magatartási ösztönző. O'Neill (2002) ezt a kérdést az egyéni és a csoportos magatartás összefüggésében dolgozta fel. „Mindnyájunknak, minden szakmának és minden intézménynek szüksége van bizalomra. Szükségünk van rá, mert képesnek kell lennünk másokra támaszkodni, akik ígéretük szerint cselekednek, és mert arra is szükségünk van, hogy mások elfogadják, hogy mi is ígéretünkhöz mérten cselekszünk.”

A szolgáltatást vásárlók és nyújtók közötti cserével összefüggő problémák egy másik szempontú megközelítése az, hogy a szerződések sohasem lehetnek tökéletesek. Lehetetlen minden lehetséges magatartást azonosítani és szerződésben rögzíteni. A szabályozásra és ellenőrzésre vonatkozó törvényi szabályozás

* Forrás: Alan Maynard (2008): *Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 14–30. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf

sem képes minden kérdésre kiterjedni. Ebből eredően a vásárlók és az eladók közötti kapcsolatnak a bizalom kell alapulnia (Maynard és Bloor 2003b). A bizalom és a kötelezettség fontosságát nem lehet figyelmen kívül hagyni a pénzügyi ösztönzők befolyásolásakor. Amint azt az egészségügyi ellátásban megjelenő piaci kudarcokkal foglalkozó előbbi részben bemutattuk, a bizalom önmagában nem teremt hatékonyságot vagy méltányosságot/igazságosságot. A bizalomnak – az információs rendszerek fejlesztésével való – fenntartása és építése elengedhetetlen, különösen az egészségügyi ellátás eredményességének mérése és kontrollja esetében. A klinikai és kórházi teljesítmény átláthatóságának növelése javíthatja az elszámoltathatóságot és a hatékonyságot. Ez elősegítheti, hogy az egészségügyben a döntéshozó kulcsszereplők, a klinikus orvosok vezessék a változásokat. A pénzügyi ösztönzők kismértékben a bizalom kiegészítésére is alkalmazhatóak. A bizalom, a kötelezettség és az ösztönzők együtt képezik a magatartás elsődleges meghatározóit, melyeket az egészségpolitika kialakításakor körültekintéssel kell egyensúlyban tartani.

Kórházfinanszírozás

A kórházak finanszírozásának számos egészségügyi ellátórendszerben a hagyományos formáját képezte a bázisfinanszírozás (*block grant*) vagy a globális költségvetés. Ezeket a kórházakat tipikusan éves finanszírozás szerint működtették: az előző évben megtérített költségek alapján, továbbá figyelembe véve a várható inflációt, némi növekedést megítélve a támogatások terén, illetve az eltérések kiigazításával együtt – mindig tekintettel a helyi média nyomására és a közelgő választásokra. E finanszírozási módszert azért alkalmazták, mert az – a pénzügyi fegyelemmel – kontrollálni tudta a kiadások emelkedését. A kontroll valóban tapasztalható volt a skandináv országokban és az Egyesült Királyságban, de kevésbé Olaszországban és Spanyolországban. A globális költségvetések a makrogazdasági költségkontroll szükséges, de nem elégséges eszközei lehetnek, és a menedzsment számára nem nyújtanak megfelelő információkat a költségekről, a tevékenység volumenéről és az eredményességéről. Ebből eredően a globális költségvetési rendszereknek kiegészítő eszközöket kellett alkalmazniuk a teljesítmény javítására, illetve az utóbbi időben megkezdtek a prospektív finanszírozási rendszerek fejlesztését.

A kórházi finanszírozási rendszer Németországban mostanáig a kórházakat a felhasznált ápolási napok alapján finanszírozta, amely szükségtelen időtartamú kórházi tartózkodást okozott. Ebből következően Németország – Angliához hasonlóan – mára már az Egyesült Államokban 20 évvel ezelőtt bevezetett DRG (*diagnosis-related groups* – diagnóziscsoportok) alapú finanszírozási trendet követi. Angliában ezt a rendszert *payment by results* (PbR), vagyis eredmény szerinti térítésnek nevezték el. A világ más táján alkalmazott DRG-rendszerekhez hasonlóan a PbR olyan finanszírozási rendszer, amely a diagnosztikus díjtételtáblázatban szereplő tevékenységeket téríti.

A DRG-vel létrehozott – a tevékenységek növelését célzó – ösztönzők számos módon korlátozhatók. A kétrészes díjtétel módszerét a közszolgáltatók (így pl. a vízmű, elektromos művek, gázművek) a kereslet befolyásolására alkalmazzák, míg a britek ezt a módszert a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatban (National Health Service – NHS) vezették be. A tervezhető szolgáltatásokat nem korlátozzák, mivel a kormány szán-

déka a várakozási idők rövidítése. A sürgősségi tevékenység esetében teljes díjtételt azonban csak az előző évi tevékenységi volumen plusz 3% után fizetnek. Ha a tevékenység e szintet meghaladja, a díjtétel 50%-kal csökken. E módszer célja, hogy kontrollálja a kórházi sürgősségi ellátás iránti keresletet, és ösztönzöt nyújtson a közösségi alternatív ellátási formák létrehozásához.

A DRG-díjtételeket általában a beavatkozásoknak a kórházak néhány mintája (vagy teljes sokasága) alapján megállapított átlagköltsége alapján határozzák meg. A díjtétel-kalkuláció alapját adó minta országonként eltérő, és időnként az egész kórházi sokaság, más esetekben pedig az olcsóbb (és remélhetőleg hatékonyabb) kórházak reprezentatív mintája. Angliában a díjtétel meghatározása bizonyos eljárások esetén nem a teljes átlag, hanem csak egyes szolgáltatók csoportjának az átlagán alapul. Ahol például az egynapos sebészet jellemző, a díjtétel az egynapos sebészeti tevékenység átlaga, ami az e technikát alkalmazók számára ösztönző hatású. Ez a – normatív árképzést szolgáló – trend egyre erőteljesebbé válik, amelyről részletesebben az alábbiakban ejtünk szót.

A díjtételek befolyásolásának – az egészségügyi ellátás céljainak érdekében – a másik módja a szolgáltatás koncentrációjának ösztönzését célzó diszkrimináció, ha az méretgazdaságos. A volumen és outcome (eredmény) kapcsolatról szóló szakirodalom bár igen kiterjedt, változó minőségű. Bizonyos eljárások esetében tények igazolják, hogy specializált helyszíneken a tevékenység koncentrációja kiváló eredményekhez vezet a beavatkozások halálozási arányaiban (e szakirodalom nem tartalmazza a betegek által jelentett eredmény mérését), így például a hasnyálmirigy- és nyelöcsődaganatok, a hasi aorta aneurizma és a veleszületett szívrendellenességek esetében elvégzett műtéti beavatkozásoknál (lásd 3. táblázat).

E szakirodalom szisztematikus áttekintései hangsúlyozzák a módszertani problémákat. Továbbá a volumen hatása az eredményre szignifikánsan eltér attól függően, hogy a kockázatkiegyenlítéskor adminisztratív vagy klinikai adatokat alkalmaztak (Centre for Reviews and Dissemination [Felülvizsgálati és Terjesztési Központ] 1997; Halm et al. 2002). A szakirodalmat áttekintők az alkalmazott módszerrel szemben általában rendkívül kritikusak, Halm és szerzőtársai a 135 leírásból mindössze kettőt találtak, amelyek a betegkiválasztás megfelelőségét értékelték. A szív-, daganat- és ortopédiai sebészetben a volumen-outcome kapcsolat kicsinek tűnik. Mivel e kapcsolatokat illetően adott a bizonytalanság, a centralizációt célzó megkülönböztető árazást körültekintően és visszafogottan kell kialakítani. Ez nem jellemzi a brit kormány által javasolt reformokat, amelyek a díjtétel által ösztönzik a centralizációt a kardiológiai, a légzőszervi, az ortopédiai, az idegtudományi és specializált gyermekgyógyászati szolgáltatások területén (Gainsbury 2007).

3. táblázat: Méretgazdaságosság: az esetek száma (volumen) és a kimenet (outcome) közötti kapcsolat

Az esetek száma (volumen)	Abszolút különbségek a halálozási arányokban* (medián)	
	skálaérték	%
Magas		
Hasnyálmirigy-daganat – műtét	13,0	3,0–17,0
Nyelőcsődaganat – műtét	12,0	11,0–3,9
Veleszületett szívrendellenesség – műtét	11,0	2,3–15,5
AIDS	9,3	3,7–20,1
Hasi aorta aneurizma ruptúra – helyreállító műtét	7,9	1,5–18,7
Emésztőszervi daganat – műtét	6,5	4,0–7,1
Agyi aneurizma ruptúra – műtét	5,8 és 9,0	
Alacsony		
Összes térdprotézis	0,1	
Nyitott prosztata – műtét	0,2	
Szívkoszorúér – bypass beültetés	0,2	0,0–1,4
Szívkoszorúér plasztika	0,2	
Tüdőrák – műtét	1,9	
Miokardiális infarktus	2,3	

* A kórházi vagy a 30 napos halálozások.

Forrás: Halm et al. 2002.

A volumen-outcome kapcsolatra való összpontosítás többnyire mellőzi az esetszámmal összefüggő költségadatokat és a hozzáférési lehetőségeket. Amerikai tanulmányokból származó tények jelzik, hogy az átlagköltséget leíró görbe (ahol a volument az ágyszám jelenti) kb. 600 ágyszámig csökken, majd növekszik. Így bármely erőfeszítés, amely a volumen és a kórház méretének növelésével csökkenti a halálozási kimeneteket, az egységárak emelkedéséhez vezethet, és a politikaformálók számára az outcome és a költségek között bonyolult előny-hátrány viszonyt (trade-off-okat) idézhet elő. Továbbá: a volumen-outcome bizonyíték alapján a szolgáltatások koncentrációja kevesebb egységet eredményez, magasabb ellátási volument biztosítva. Ez hatással lesz a betegek hozzáférésére, különösen az időkölségekre. Az időkölségek növekedése eltérően befolyásolhatja az ellátás igénybevételét, különösen a viszonylag hátrányos helyzetűek körében, ahol az esetek előfordulási gyakorisága magasabb. A korlátozottan rendelkezésre álló tények azt jelzik, hogy az ilyen jellegű időkölségek befolyásolhatják a kábítószer- és alkoholfüggőség kezelését, a szűrések igénybevétel-

ét, noha kevésbé hatnak az olyan súlyos esetekre, mint például a daganatos megbetegedések (Centre for Reviews and Dissemination, 1997).

A normatív árazás irányába ható trend a DRG-finanszírozással kapcsolatos növekvő nemzetközi frusztrációra vonatkozó bizonyíték eredménye. A kizárólag az átlagköltségen alapuló kórházi díjtételek nem vezetnek a hatékonyság radikális változásához. Míg pénzügyi nyomás nehezedik azokra a kórházakra, amelyeknek az előbb említett átlagköltséget gazdaságosabbá kellene tenniük, addig az átlagköltség alatti kórházak eleinte az átlag felé tolódnak el, vagyis a DRG-k az átlag körüli csökkentik a szóródást, azonban nem mozdulnak el egy gazdaságosabb szint irányába. A DRG-k rövid távú hatást gyakorolhatnak a kórházi benntartózkodás időtartamára, melynek csökkentése bizonyos forrásokat felszabadíthat. E jelenségek okán keresik a politikaformálók a hatékonyságot növelő átfogó módszereket. Az ilyen változásoknak végső soron bizonyítékokkal alátámasztottnak és az ellátás által igazoltnak kell lenniük. Az ösztönzők javíthatják és ronthatják a hatékonyságot!

Az orvosok finanszírozása

A kórházfinanszírozási módszerek kiszámítható hatást gyakorolnak a kórházi vezetők magatartására. Ha a kórházak a hatékonyság javítását célzó további ösztönzőkben részesülnek, szükség lehet e díjtételek olyan ösztönzőkkel való kiegészítésére, amelyek közvetlenül a vezető klinikai döntéshozókkal – vagyis a szakorvosokkal – hozhatók összefüggésbe. A kórházi és szakorvosi szintű ösztönzőknek ideális esetben egymással megfeleltethetőnek és egymást kiegészítőnek kell lenniük. J. C. Robinson (1999) szerint: *„Az orvosok finanszírozásának számos módszere létezik: néhányuk remek, míg más módszerek nem megfelelőek. A három legrosszabb a díjfizetés (fee for service), a fejkvóta szerinti finanszírozás és a(z alkalmazotti) kereset.”* Mindebből tehát nyilvánvaló, hogy az orvosok díjazásában alkalmazott minden egyes díjazási módszernek megvannak a maga előnyei és költségei. A díjfizetéssel az orvos minden egyes általa elvégzett beavatkozást követően – a fizetési táblázatban meghatározott – díjfizetésben részesül. A beavatkozási lista hosszú lehet, mint Németországban, vagy sokkal szelektívebb, mint Nagy-Britanniában. Az egyes beavatkozások megfelelő ösztönzése azok költséghatékonyságának bizonyítékától függ. Sajnálatos, hogy a díjfizetés és a költséghatékonyság közötti kapcsolat messze nem tökéletes. A költségplafon nélküli díjfizetési rendszerek kiadásemelkedést generálhatnak. A németek költségvetési korlátot szabnak az orvosok díjazására fordított alapra, olyan módon, hogy csökkentik az egyes tarifákat, ha a volumen jelentősen növekszik. Az Egyesült Államokban az ellenőrzött kiadást célzó „irányított betegellátás” megközelítés néhány biztosító esetében ahhoz vezetett, hogy a díjfizetési rendszertől a fejkvóta és a havi fizetés – az infláció ellenőrzését jelentő eszköz – felé mozduljanak el.

A havi fizetés rendszere az orvosokat bizonyos minimális időegység nyújtása szerint díjazza. Míg a díjfizetési rendszer a döntéshozókat a nyújtott szolgáltatások mennyiségéről és válfajáról tájékoztatja, a kereseti rendszer semmilyen információt nem ad a költségről, a mennyiségről vagy a minőségről, ugyanakkor az orvosok alkalmazásáról rendelkezésre álló ismeretek és a világos kereseti struktúra ténylegesen lehetővé teszi

a kiadások kontrollját. A fejkvóta szerinti finanszírozási rendszerben biztosított ellentételezéssel az orvosok az ellátási körzetükbe tartozó betegek számára rendelkezésre állnak a szolgáltatás biztosításában. A fejkvóta szerinti finanszírozás lehet korfüggő, a potenciálisan magasabb arányú igénybe vevők – így például a kis-korú gyermekek és az idősek – esetében magasabb összegű ellentételezéssel. Miként a kereseti rendszer, a fejkvótarendszer is lehetővé teszi a kiadások kontrollját, de semmilyen információt nem nyújt a nyújtott ellátás költségéről, mennyiségéről és minőségéről.

A három orvosfinanszírozási rendszer sajátosságait a 4. táblázat foglalja össze. A finanszírozási rendszer kiválasztása attól függ, hogy az egészségpolitika formálói milyen célokat kívánnak ösztönözni. Robinson megállapításának fontossága abban rejlik, hogy felismerte: a finanszírozási rendszerek tipikusan vegyesek vagy keverték, és a politikaformálók e három finanszírozási rendszer kombinációit úgy alkalmazzák, hogy azok egyaránt nagyobb mikrogazdasági hatékonyságot és kiadásellenőrzést érjenek el.

4. táblázat: Az orvosok finanszírozási rendszereinek jellemzői

Finanszírozás típusa	Ösztönző hatások				
	Tevékenység növelése	Tevékenység csökkentése	Költségek áthárítása	Szegények célzása	Költség-kontroll
Díjfizetés	igen	nem	nem	lehet	nem
Kereset	nem	igen	igen	nem	igen
Fejkvóta	nem	igen	igen	nem	igen

A vásárlói szerep megerősítése: a normatív ösztönzők kifejlesztése

Mielőtt a két átfogó reform (Anglia és az Egyesült Államok) központját alkotó normatív ösztönzők fejlődését bemutatjuk és értékeljük, néhány általános megjegyzést kell tennünk. A P4P (eredményfüggő finanszírozás) esetében lehetőség nyílik egyfelől arra, hogy bizonyos teljesítményért ne fizesse nek, másfelől pedig olyan ösztönzőkre, amelyek inkább büntetésként, semmint ellenszolgáltatásként foghatók fel. Ezekre olykor „jó hírnév” (*reputational*) ösztönzőkként hivatkoznak, amelyek olyan ellentételezések (jutalmak) és büntetések, amelyek pénzügyi értelemben marginálisak lehetnek, ugyanakkor azonban jelentős – hatékonyságot növelő – magatartási reakciókat provokálnak. A mulasztás esetében a nem fizetés sokkal erőteljesebb hatású a teljesítményre, mint a pozitív jutalmazás. Valóban, amint az a gazdaságelmélet mutatja, a csekélyebb pénzügyi veszteség nagyobb magatartási hatást gyakorolhat, mint a jelentősebb pénzügyi nyereség (Kahneman és Tversky 1979). Ezt a lehetőségelméleten (*prospect theory*) alapuló megközelítést az egészségügyi reformerek egyre növekvő mértékben veszik figyelembe. Az ellentételezéssel és a büntetéssel egyaránt a kisebb ösztönzők kísérleti alkalmazására kerül a hangsúly. A megjelenő bizonyíték az, hogy ez a megközelítés végül is hatékony lehet a jelentős változások feltárásában, részben talán nemcsak a bevétel, de a nyilvánosságon keresztül a közelismerés hatásának eredményeként.

Normatív kórházi ösztönzők

Az amerikai kórházak radikális változásokon mennek keresztül a finanszírozás és ösztönzők terén, ami fokozatosan teret nyer Európában is (ilyen a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat Észak-nyugati Egészségügyi Hatósága által átvett USA-beli Premier program megközelítése, lásd alább). Anglia – az USA-hoz hasonlóan frusztrálva az egészségügy jelenlegi teljesítményétől és a káros ösztönzőktől – szintén törekedett a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat teljesítménymenedzsmentjére.

Az Egyesült Államokban az elmúlt 20 éven át a folyamatok menedzsmentjének a javítását egyre növekvő érdeklődés kísérte. A „totális minőségfejlesztést” (TQM) az Egészségügyi Ellátószervezetek Közös Akkreditációs Bizottsága (JCAHO) dolgozta ki, amely egyaránt alkalmazni kívánta a folyamat- és néhány outcome- (mint például a halálozási) indikátort. Ez a munka az elmúlt évtizedben szintén megpróbálta összekapcsolni a diagnózist a kezeléssel, és biztosítani azt, hogy az tényeken alapuljon. Az átláthatóság ösztönzése érdekében a HEDIS-t azért alkalmazták a biztosítók és a nagy munkáltatók (pl. a General Motors), hogy az egészségügyi biztosításokról teljesítményadatokat gyűjtsenek, és elősegítsék az összehasonlítást. 2000-ben a köz- és magánvásárlók csoportja létrehozta a Leapfrog Csoportot, amely struktúra- és folyamatindikátorokat kumulatív módon adaptált annak érdekében, hogy javítsák az egészségügyi ellátás nyújtásának minőségét (Galvin et al. 2005). A folyamatindikátorok kezdeti fázisától elmozdulva az elmúlt években már nagyobb figyelmet kaptak az egyszerűbb outcome – így például a halálozás és a műtét utáni komplikációkra vonatkozó – indikátorok, Az Institute of Medicine jelentése (Kohn, Corrigan és Donaldson 1999) által is ösztönzött betegbiztonsági mozgalom szintén nagyobb figyelemben részesítette az orvosi mulasztások mérséklését.

CMS-Premier

Legutóbb a Medicare és Medicaid Központok (Centres for Medicare and Medicaid – CMS) és a Premier Kórház Minőségösztönző Kísérlete (Hospital Quality Incentive Demonstration – HQID) 10 folyamatindikátor esetében kezdte meg ösztönzők kimunkálását a változás érdekében. Ez a program egy köz-magán együttműködés, amely összehozta a CMS-t, a Medicare-ért felelős) szövetségi ügynökséget (amelyik 40 millió idős amerikai egészségügyi ellátásáért felelős és az 1700 nonprofit kórház és egészségügyi szolgáltató rendszer szövetségét alkotó Premier céget. A CMS-Premier kórház minőségösztönző kezdeményezésben 37 államból több mint 260 kórház vesz részt. A program alapvetően az akut miokardiális infarktusra, a szívelégtelenségre, a tüdőgyulladásra, a szívkoszorúér-betegségben bypass beültetésére, valamint a csípő- és térdprotézis műtétekre összpontosít. A kísérletben részt vevő kórházaknak mind az öt klinikai területtel foglalkozniuk szükséges, finanszírozniuk kell a programhoz tartozó szoftvert és személyzetet az adatgyűjtés érdekében. A 34 alkalmazott minőségi indikátor többsége folyamatindikátor, 7 alapvető outcome- (eredmény-) indikátorral (ilyen pl. a miokardiális infarktus és a szívkoszorúér bypass-beültetés utáni halálozás, a műtétet követő komplikációk, a csípő- és térdprotézis műtét utáni kórházi elbocsátás utáni újbóli kórházi felvételek).

A jó teljesítményt elismerő jutalmazást a Medicare finanszírozza. Az öt kategória minden egyes elemében a felső ötödbe tartozó kórház jutalmazásban részesülhet. A bármely területen a felső tizedbe kerülő kórház

a Medicare DRG finanszírozásából az adott klinikai területre vonatkozóan 2%-os bónuszt kap. A második tizedben elért teljesítményért 1%-os jutalom jár.

A több mint 100 kórházat érintő teljes évi kifizetés az első két év (2004, 2005) mindegyikében meghaladta a 8 millió USD-t. A kezdeti 3 éves időszak végén a nyolcadik és a kilencedik tized közötti gyenge teljesítményért a bevételek 1%-ában meghatározott büntetéseket vetnek ki, míg a kilencedik és tizedik tized között teljesítők 2%-os büntetésre számíthatnak. A késleltetett büntetések a teljesítmény javulásának serkentését célozzák. A CMS becslése szerint az első két évben a klinikai területek minőségi teljesítménye 11,8%-kal növekedett, ami arra utal, hogy a kórházak teljesítményében szerepet játszik a klinikai ajánlások fokozottabb mértékű betartása. A legjobban és a legrosszabbul teljesítők közötti eltérés egyre szűkül. Ezek az eredmények oda vezettek, hogy a programot a hároméves időtartam második szakaszára is kiterjesztették.

A kontrolladatok hiánya miatt megfogalmazhatók nyilvánvaló fenntartások. Lindenauer és munkatársai bemutatják, hogy a kísérleti kórházak – amelyek teljesítményükről jelentést készítettek, és amelyek esetében kismértékű eredményfüggő díjazást is alkalmaztak – a folyamatcélok teljesítésében magasabb szintet értek el, mint azok a kórházak, amelyek csupán az adataikat közölték (Lindenauer et al. 2007). Egy másik megválaszolatlan kérdés az, hogy hogyan vethető össze a CMS-Premier teljesítményben elért haszon a program költségeivel. A CMS közzétette a tevékenységi adatot is, amely a szolgáltatók teljesítményének javításában egy másik ösztönzőt jelenthet. Minden olyan kórházat, amely a Medicare-betegek számára akut ellátást nyújt, a Medicare-díjak 0,4%-ában meghatározott büntetéssel sújtanak, amennyiben elmulasztják a 10 klinikai intézkedés folyamatának minőségi adatairól szóló jelentés benyújtását. Ez kifejezi a – teljesítményadatok nyilvánossá tételével összefüggő – angolszász-amerikai eltökéltséget, azon megfontolásból, hogy az adófizetők megérdemlik, hogy tájékozódjanak a teljesítményről, hiszen egy ilyenfajta átláthatóság elősegíti az elszámoltathatóságot is. Az átláthatóság a vásárló és a szolgáltató közötti szerződés alapvető alkotóelemeként tekinthető; és meglehetősen szokatlan, hogy egy ilyen jellegű átláthatóság nem fedezhető fel Észországban. Az effajta nyitottság hátulütője az a nehézség, hogy tudni kell, mely indikátorokat szükséges kiválasztani, továbbá ismerni kell a rendszerteljesítmény értékelésének tranzakciós költségei. Ezek a költségek nyilvánvalóan nem jelentősek, és az előnyökkel szemben igen óvatos súlyozást kell megvalósítani. Az átláthatósággal összefüggő költség a nyilvánosság elé kerülő információ menedzselése. A nyilvánosság megzavarása és a politikai viták elkerülése érdekében a folyamat- és outcome-adatokat körültekintően kell bemutatni.

Epstein (2007) és Lindenauer és szerzőtársai (2007) hivatkoznak a CMS-Premier eredményeinek visszafogott, ugyanakkor szignifikáns hatásaira. Mivel ez a hatás azokra a kórházakra vonatkozik, amelyek már nyilvánosan jelentik az eredményeiket, így lehet, hogy ezen intézmények nem a teljes kórházi sokaságot reprezentálják, hiszen az ilyen jellegű jelentéstétel nem univerzális.

A nem teljesítés finanszírozása

A CMS közelmúltbeli újítása a teljesítmény nem finanszírozása. Ezt az innovációt 2008 októberében vezették be, és az volt a célja, hogy csökkentse a kórházakban elkövetett orvosi hibákat azzal, hogy megtagadja a felvétel idejekor nem meglévő állapotok (conditions) megtérítését. Ez jelentős mértékben hathat a kórházi

bevételekre. Például: ha egy beteget tüdőgyulladással vesznek fel, és felfekvésekkel vagy húgyhólyag-fertőzéssel kezelik, a kórháznak jelenleg „tüdőgyulladás-komplikációkkal” megjelölés alapján térítik a díjat (most 6254 USD. 2008 októberétől azonban a kórháznak csak 3705 USD-t fizetnek „egyszerű tüdőgyulladásért” (Rosenthal 2007). A rendszer tranzakciós költségei így módon igen figyelemreméltóak lehetnek, és a kijátszásukra irányuló ösztönzők növekedhetnek. Az amerikai Medicare által 2006-ban elkövetett hibáinak (nem teljesítés) volumenét az 5. táblázat mutatja be.

5. táblázat: A rossz teljesítmény nem finanszírozása

Amerikai Medicare: orvosi hibák 2006-ban	
1	Nyombélfekély (322 946 eset)
2	Katéterrel összefüggő húgyhólyag-fertőzés (11 780 eset)
3	Ágyról leesés (2591 eset)
4	Tárgyak betegben felejtése a műtétet követően (764 eset)

Forrás: Rosenthal 2007.

Betegek által jelentett eredmény mérése

A betegek által jelentett eredmény mérésének (Patient Reported Outcome Measures – PROMs) néhány bizonyítéka rendelkezésre áll. Dartmouth-ban és Clevelandben például az SF36-ot alkalmazzák a kardiológia bizonyos aspektusaira. Az Egyesült Államokban általában főként az ellátási folyamat javítására összpontosítanak, míg a beavatkozások helyi szintűek és szétagoltak. Ugyanakkor a napirenden lévő minőség kihívásokat felismerik, és néhány jel arra mutat, hogy előrehaladás észlelhető a folyamatindikátorok eredményméréssel való kiegészítésében.

Az Egyesült Királyságban a folyamat és az eredmény minőségének javítását célzó legtöbb erőfeszítésre Angliában került sor. A másik három országrész (Észak-Írország, Skócia és Wales) számára nem kötelező azok követése – bár az angliai kísérleteket érdeklődéssel figyelemmel kísérik –, mivel saját Nemzeti Egészségügyi Szolgálatukat önállóan működtetik. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálatban 20 éven át egyre növekvő hangsúlyt helyeztek a teljesítménymenedzsmentre. Ezt felerősítette Thatcher „értéket a pénzért” szlogenje. A Műtétek Körüli Halálozásokkal kapcsolatos Nemzeti Bizalmas Tudakozó Iroda (National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths – NCEPOD) a rendszeres orvosi auditálást az egészségpolitikai napirend szerves részévé tette (Buck, Devlin és Lunn 1987). Ez az innovatív tevékenység nem biztosította a szakmai részvételt, és egy évtizeddel később – Thatcher minden azon erőfeszítése ellenére, hogy a Nemzeti Egészségügyi Szolgálaton belül sor kerüljön orvosi auditálásra – a sebészek és aneszteziológusok harmada néhány régióban továbbra sem szolgáltatott adatokat (Warden 1998). Az adatoknak az összes orvos általi kötelező jelentése alapvető.

Az 1990-es évek végén, a 2000-es évek elején elkövetett orvosi műhibák sorozata és az orvosi műhi-

bákkal kapcsolatos egyre növekvő aggályok a klinikai teljesítmény fejlettebb mérését és menedzsmentjét kívánták meg (Vincent, Ennis és Audley, 2004; Sari et al. 2007). Az orvosi katasztrófák elkövetői között voltak olyan nőgyógyász sebészek, akik méheltávolításos betegeiket nagy számban inkontinenssé tették, volt egy gyermek-szívsebész, akinek a keze alatt közel 30 gyermek halt meg, és egy olyan háziorvos, akiről kiderült, hogy több mint 200 idős személyt mérgezett meg halálos morfium injekcióval. Amint e problémák felszínre kerültek, a Blair-kormány törekedett a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat javítására – strukturális átalakítással, illetve azt követően, hogy döntés született a finanszírozás gyors megemeléséről, a megerősített szabályozás és a teljesítménymenedzsment még sokkal fontosabbá vált. Ennek eredményeként a folyamat teljesítményindikátorainak javítása terén jelentős befektetéseket tettek, különös figyelmet fordítva a várakozási idő lecsökkentésére.

A jelenlegi szabályozó hatóságok közé tartozik az Egészségügyi Bizottság (Healthcare Commission – HCC), amely a súlyozott folyamatindikátorok tárházának felhasználásával értékeli a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat keretében működő vásárlók és szolgáltatók (magán és köz) klinikai és pénzügyi teljesítményét. Továbbá a Monitor elnevezésű ügynökség bizonyos fókig megduplázza a HCC tevékenységét, ugyanakkor ellenőrzi a Foundation Trust kórházak – amelyek általában a jobban teljesítők közé tartoznak – egy kiválasztott csoportját. Az Orvosok Királyi Kollégiuma (Royal College of Physicians) kiegészíti ezt a kormány által szankcionált – az agyvérzéssel összefüggő kezelésre és a trombolitikumok adagolására vonatkozó – teljesítménnyel. A Szívsebészek Társasága (Society of Cardiac Surgeons) egy nyilvánosan hozzáférhető adatbázist hozott létre, amely tagjainak relatív teljesítményéről ad számot. A beszámoló elérhető a HCC honlapján, és megadja a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat által alkalmazott sebészeket érintő kockázatiigazított mortalitási arányokat is (<http://heartsurgery.healthcarecommision.org>). A közzétett adatok nemcsak az orvosok számára nyújtanak tájékoztatást az általuk elért relatív eredményességükről, hanem a betegeket is tájékoztatják, elősegítve döntésüket, hogy hol vegyék igénybe az ellátásokat.

Az előbbiekben tárgyalt okok miatt a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat egyre erőteljesebben összpontosít a betegek által jelentett eredménymérések alkalmazására a klinikai gyakorlat rutinszerűvé tétele érdekében, szakítva azzal az évtizedes gyakorlattal, amelyik specifikus és generikus méréseket végzett a klinikai kísérletek során. A brit Egészségügyi Minisztérium bejelentette, hogy 2009 áprilisától a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatban a betegek által jelentett eredményméréseket alkalmazzák (Department of Health [Egészségügyi Minisztérium] 2007), amely tartalmazza a csípő- és térdprotéziseket, a sérvhelyreállításokat és a visszértágítási eljárásokat. Minden egyes esetben specifikus és generikus életminőségi mérések ajánlottak (lásd 6. táblázat).

6. táblázat: Betegmegkérdezésen alapuló eredménymérés a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálatban

Eljárás	Helyzetspecifikus	Generikus
Elsődleges egyoldalú csípőprotézis	Oxfordi csípő-pontszám	EQ5D
Elsődleges egyoldalú térdprotézis	Oxfordi csípő-pontszám	EQ5D
Ágyéksérv-helyreállítás	Nincs	EQ5D
Visszértágítási eljárások	Aberdeeni visszér-kérdőív	EQ5D
Plusz a betegspecifikus kérdések sztenderd listája az összes esetben		

Forrás: Department of Health [Egészségügyi Minisztérium] – műtétek rendje.

A betegek megkérdezésén alapuló eredménymérések alkalmazása számos velejáró problémát rejt magában, elsőként a költségeket. Brit becslések a kezelés előtti és utáni adatgyűjtés költségére vonatkozóan betegeként kb. 10 GDP-t (fontot) – a teljes vérképvizsgálat költségeivel hozzávetőleg megegyező költséget – jelent. Egy másik kihívás a válaszolási arány, amelynek ideális esetben 80–80% körül kellene lennie, azaz 80% betegek által jelentett, befejezett eredménymérés a beavatkozás előtt és után. A BUPA biztosító (British United Provident Association) létrehozott egy teljesítménnyel összefüggő díjazási ösztönzőt azon igazgatók számára, akik teljes körű betegválaszokkal rendelkeznek. Egy másik alternatívaként a betegek jutalmazása jöhet szóba. Az ilyen ösztönzők elkerülhetetlenül hatnak a betegek által jelentett eredménymérési program költségeire. Végül lehetséges problémaként merül fel az eltérő esetösszetétel korrekciója (*mix adjustment*). A válaszadók kor és nem szerinti korrekciója rutin eljárás, azonban az eredménymérés különbségei tükrözhetnek komplex komorbiditásból eredő különbséget és az eljárás sikerességében mutatkozó különbségeket is.

A betegek által jelentett eredménymérés tervezésében és végrehajtásában e kihívásoknak fokozatos megközelítést kell biztosítani, és az eredménymérési program hatékonyságának maximalizálása érdekében körültekintően értékelni.

E munka újszerűségéből eredően az eredményértékelés óvatos fejlesztésének az igénye olyannyira sürgető, amennyire valószínűtlen a körültekintő fejlesztés lehetősége, ha a politikusok elvesztik a türelmüket az egészségügyi ellátórendszer alacsony teljesítménye miatt, és a közvélemény figyelmét a betegek által jelentett eredménymérésekkel akarják elterelni a problémákról. A betegek megkérdezésén alapuló eredménymérés jelentette innováció óvatos alkalmazásának a szükségessége egyértelmű, és annak jóváhagyása nagyon fontos lehet a menedzsment számára olyan területeken, mint például az elektív sebészeti eljárások. Nyilvánvaló azonban a kockázata annak, hogy a politikusok esetleg túl becsvágyóak, és ellenzik azt, hogy az innovációt értékeléssel kapcsolják össze.

Az orvosok normatív ösztönzőjének egyik jó példája az Egyesült Királyságban 2004-ben elindított háziorvosi szerződés, amelyik bevezette a minőségjavulásban bekövetkező eredmények keretrendszerét (Quality Outcomes Framework – QOF), alapvetően a krónikus ellátás nyújtásának növelése érdekében. A nagyvonalú díjazást a praxisok számára – azaz a háziorvosok csoportjainak – nyújtották azzal a céllal, hogy biztosítsák a kiváló menedzsmentet és a magas igénybevételt. A díjfizetési (*fee-for-service*) rendszer kezdetben tíz klinikai kategória teljesítménymenedzsmentjén alapult. A teljesítményt a betegségek előfordulásához és egy teljesítménycélhoz viszonyították; e célok teljes mértékű teljesítése most 1000 pontot jelent 125 font/pont áron (Maynard és Bloor 2003b; Doran et al. 2006). E reform a krónikus betegek számára nyújtott ellátás javítását célozta. Bár a reform szándéka elvitathatatlanul kifogástalan volt, a végrehajtása kevésbé volt tökéletes. A reform lehetőséget teremt más reformerek számára, hogy profitáljanak a teljesítményfinanszírozási politika kialakításából és végrehajtásából, illetve fejlesszék azt.

Az Egyesült Királyságban sajnálatosan nem gyűjtöttek alapadatokat, amelyek elősegíthették volna a reformot megelőző és annak végrehajtását követő értékelést. Így a reform nagyon költségesnek mutatkozott (egymillió fontba került), és hozzájárult a háziorvosok juttatásának átlagosan 23%-os emelkedéséhez. A QOF célkitűzéseinek teljesítését az első évre 75%-osra jósolták, miközben a háziorvosok a célkitűzést 90%-on felül teljesítették, bár az adatok nem voltak teljeseek, azt sugallva, hogy már 2004 előtt javult a teljesítmény. A reform használdozati költsége (*opportunity cost*) nem ismert; különösen az, hogy mely szolgáltatások csökkentek annak következtében, hogy a praxisok a QOF célokra koncentráltak. Továbbá – a szolgáltatásonkénti díjtételek (*fee-for-service*) finanszírozási módszereket tekintve kritika érte a beavatkozások kiválasztásában alkalmazott bizonyítékokat (Cookson és Fleetcroft 2006). Az vitatható, hogy a kiválasztott beavatkozások vajon maximalizálták-e a népesség egészségi állapotának javítását. Az ilyesféle kifogások ellenére is amerikai kommentátorok mégis lelkes támogatásukról biztosították az Egyesült Királyság QOF reformját (Epstein 2006). A közelmúlt kutatásai igazolják a szabályok kijátszásának a tényét (Gravelle, Sutton és Ma 2007). Mindezen probléma dacára – amelyek közül óvatosabb politikai tervezéssel többet nyilvánvalóan előre lehetett volna sejteni – az Egyesült Királyságban bevezetett háziorvosi minőségjavulásban bekövetkező eredmények keretrendszere (QOF) igen kedvező változást hozott az egészségügyi ellátások nyújtásában.

A kórházi orvosok ösztönzésének új rendszereit szintén alkalmazzák az Egyesült Királyságban és az Amerikai Egyesült Államokban. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat új szakorvosi szerződéseinek tárgyalásakor az a javaslat fogalmazódott meg, hogy a szolgáltatásonkénti díjfizetési rendszer (*fee-for-service*) alkalmazása esetlegesen csökkentheti a szakorvosi konzultációs tevékenység szóródását (lásd a 2. és a 3. ábrát és a téma tárgyalását). E kérdéskör vizsgálatának alapját a konzultáló orvos tevékenységének és produktivitásának növelése iránti igény teremtette meg, elhárítva ezzel a növekvő orvosi képzés iránti igényt. A javaslat átvétele nem történt meg, bár a közgazdászok erőteljesen támogatták. Bostonban a magánszektorban működő kórházi csoportok – a lehetőségelméleten alapuló – reformokat kezdeményeztek, amelyek tartalmazzák a szakorvosi teljesítménykritériumok meghatározását, a teljesítmény értékelését és az esetleges nem megfele-

lő teljesítmény esetén a szakorvosi jövedelmek csekély összegű csökkentését. Az e megközelítést támogató tények száma bár korlátozott, mégis jelzésértékű (Rizzo és Zeckhauser 2003). Az ilyen jellegű reformok a Medicare-ben lehetetlennek bizonyultak, mivel az itt dolgozó orvosokat relatív értékskála szerint díjazták, ami 40 év után alacsony hatékonyságúvá és nehezen átalakíthatóvá vált (Newhouse 2007).

A kórházi és a szakorvosi szintű büntető és jutalmazó ösztönzők alkalmazása között nyilvánvalóak a kapcsolódások. Előnyük a relatív költséghatékonyságuk önmagukban és kombinációikban is. Elsősorban az, hogy kiegészítőként alkalmazzák ezeket, erősnek bizonyul, különösen, mivel úgy tűnik, a kórházi ösztönző rendszerek csak csekély teljesítményjavulást érnek el. Az orvosi szerződési reform ezen innovatív megközelítéseiből az alábbiakban összegzett tanulságok vonhatók le:

- Legyünk világosak az egészségpolitikai célokban és az alkalmazandó eszközök bizonyítékalapjában. Az eszközök valóban a népesség egészségjavulását eredményezik-e a leghatékonyabb módon?
- Körültekintően értékeljük a reformokat előzetes és a reformokat követő adatok gyűjtésével!
- Készüljünk fel a szabályok kijátszására, és ismerjük fel, hogy annak azonosítása és a politikai döntéshozatal esetlegesen jelentős haszonáldozati költségeket ró az egészségügyi ellátórendszerre!
- Ne tántorítson el bennünket a reformtól csupán annak komplex volta, továbbá mindig fontolóra kell vennünk a hibázás lehetőségét! A változás költsége és haszna jelentős, de a letargia és status quo költsége (a belőlük következő, a betegeknek és az adófizetőknek történő károkozás) elfogadhatatlanul magas!

Következtetések

Az egészségügyi ellátórendszerek merev és konzervatív természetéből eredő frusztráció nemzetközi jelenség. A döntéshozók, vezetők és klinikus orvosok hajlamosak arra, hogy figyelmen kívül hagyják a bizonyítékalapot, a klinikai ellátásban óriási eltéréseket mutatnak ki, a beavatkozások nem költséghatékonyak, a reformok túlzott mértékben csak az ellátórendszer struktúrájára és folyamataira összpontosítanak, és csak csekély mértékben veszik figyelembe a betegek egészségi állapotjavulásában mérhető eredményeket (*patient outcomes*). Az alacsony hatékonysággal szembeni elégedetlenség vezet a sokkal radikálisabb eredményfüggő (Payment for Performance: P4P) reformokhoz.

Vajon milyen tanulságok vonhatók le a P4P finanszírozással foglalkozó tanulmányokból, különösen az olyan ellátást vásárló szervezetnek, mint az Észti Egészségbiztosítási Pénztár (Estonian Health Insurance Fund – EHIF)? A szakirodalomból eredő első egészségpolitikai tanulság az, hogy az egészségügyi befektetések – a népesség egészségére gyakorolt – hatásait illetően meglehetősen nagy a bizonytalanság. Az egészségügyi ellátások jelentős részében hiányzik a klinikai eredményesség (hatásosság) bizonyítékalapja, a költséghatékonyságról nem is szólva. Ebből eredően megvan annak a kockázata, hogy – hacsak az egészségügyi befektetések nem körültekintően célzottak – a csökkenő megtérülések miatt az egészségnyereség igen csekély lesz.

Az észti egészségügyi rendszer struktúrája jól kialakított. Annak bármilyen reformjához és az ellátást érintő folyamatokhoz rendkívül körültekintően szükséges hozzákezdeni, úgy, hogy a hangsúlyt a rendelkezésre álló

bizonyítékok kiaknázására tegyék, valamint arra, hogy hozzájáruljon azokhoz az ismeretekhez, hogy az ösztönzők alkalmazása hogyan hat az egészségügyi ellátásnyújtás hatékonyságára. Nemzetközileg megfigyelhető, hogy az egészségpolitikai döntéshozatal gyakorta jó szándékokon nyugszik, azonban a „hiedelmeken alapuló” reformok felemésztik a szűkösen rendelkezésre álló erőforrásokat, a betegellátás szempontjából jelentős haszonáldozati költséget vonva maga után. A reformfolyamatnak a döntéshozók közötti vitával és a 7. táblázatban összegzett alapvető kérdések megválaszolásával kell elkezdődnie. E kérdések és válaszok megértése alapvető része kell, hogy legyen annak a konszenzusnak, amely az Észtt Egészségbiztosítási Pénztár és a kórházigazgatók között jöhet létre abban a kérdésben, hogy milyen legyen a rendszer teljesítménye.

7. táblázat: Reformtervezés: előzetes kérdések

1	Mik az egészségügyi ellátórendszer célkitűzései? E célkitűzéseknek mi a sorrendjük vagy súlyuk, és időben hogyan változnak? A kormány és az Észtt Egészségbiztosítási Pénztár egészségpolitikai álláspontjainak elemzése adhat választ ezekre a kérdésekre.
2	Valójában ki felelős a rendszer(ek) irányításáért: ki irányítja a források felhasználására vonatkozó döntéseket – például az alapellátás és fekvőbeteg-ellátás közötti elosztást? Milyen kritériumok határozzák meg a döntéshozatalt ezekben a kérdésekben?
3	Milyen (pénzbeli és nem pénzbeli) ösztönzők léteznek az egyes (klinikai és nem klinikai) vezetők és az intézmények hatékonyságának elérésére? Az ellátási területek közötti döntéskor miért viselkednek a döntéshozók úgy, ahogy azt teszik?
4	Ki mit oszt el, és hogyan? A döntéshozók a források allokálásában milyen kritériumokat alkalmaznak? Az elosztási kritérium összhangban van-e az 1. pontban rögzített politikai célkitűzésekkel?
5	Gyakorlatilag ki dönt a forrásallokációról, és mik a befektetési kritériumok?
6	Melyek a rendszer főbb megoldatlan kérdései?

Forrás: Maynard 2005.

Az Észtt Egészségbiztosítási Pénztár és a kórházak közötti reform következő lépése az egészségügyi ellátásokban meglévő hibák és azok rangsorolásának természetére vonatkozó megállapodás. Az a folyamatosan fennálló hiba, hogy a strukturális és folyamatreformokat nem kapcsolják össze azoknak a betegek egészségi állapotára (outcome) gyakorolt hatásaival, ahhoz vezet, hogy a klinikai gyakorlatban meglévő különbségek fennmaradnak, dacára annak, hogy a kutatási és egészségpolitikai irodalom már évtizedek óta erről ír. A döntéshozóknak a klinikai gyakorlatban mutatkozó különbségekkel kapcsolatos egyre növekvő frusztrációja vezetett ahhoz, hogy egyre erőteljesebb az összpontosítás a P4P finanszírozási ösztönzőkre, különösen amerikai és brit körökben. E munka továbbra is a folyamatreformra összpontosít. A klinikai gyakorlat különbségeinek csökkentése érdekében a klinikai magatartás nagyobb konzisztenciáját elősegítő ösztönzők alkalmazása üdvözlendő, ha az világosan az outcome javításához kötődik.

A P4P finanszírozásra irányuló kezdeményezések jelenlegi hulláma – különösen az Egyesült Államokban – viszonylag egyszerű ösztönzők szélesebb skáláját alkalmazza, amelyeket tipikusan azok folyamathatásai

szempontjából értékelnek, és elenyésző próbálkozások vannak csak arra, hogy meghatározzák az átfogó költséghatékonyságukat. Mivel a P4P típusú finanszírozás tranzakciós költségei növekednek, az ilyen jellegű adatok iránti igény egyre inkább nyilvánvalóvá válik. A P4P finanszírozásba tett befektetéseket rangsorolni kell, és ahhoz, hogy ez elvégezhető legyen, egy ellenőrzött értékelésen alapuló költséghatékonysági bizonyítékalap nélkülözhetetlen lesz.

A kibontakozó P4P finanszírozási folyamat bizonyítékalapja már önmagában is demonstráló hatást gyakorol, ugyanakkor az ösztönzők egyre ambiciózusabbá válnak, mint például a Medicare 2008-as orvosi hibákkal szembeni nem fizetése (Rosenthal 2007). Az ilyen kezdeményezéseknek nemcsak magas tranzakciós költségei vannak, de megnövelhetik a lehetőségét a szabályok kijátszásának is. Az ösztönzőkkel foglalkozó irodalom bőséges példával szolgál arra, hogy a P4P finanszírozási módszerek lehetőségeket teremtenek a „kreatív” menedzsment számára (pl. DRG-creep, ahol a többszörös morbiditású betegeket a kórházak úgy kódolják, hogy maximalizálják tarifabevételeiket). Az ilyen jellegű – tranzakciós költségeket tovább növelő – magatartási reakciókat szabályozni kell. Mindazonáltal ezeket a problémákat potenciális nyereségként is lehet szemlélünk, mert többet megtudhatunk a kórházi tevékenységről, és ez az alapinformáció hozzájárul a menedzsment tevékenység és a betegellátás javításához.

Érdekes lehet az a kérdés, hogy milyen erejű ösztönzőre van szükség ahhoz, hogy változást váltson ki az orvosok és a szolgáltatók körében. A lehetőségelmélet és az elismerő ösztönzők gondolata arra utal, hogy kis negatív ösztönzők (jövedelemveszteségek) jelentősebb változást idézhetnek elő, mint a nagyobb erejűek (bónuszok). A Medicare-CMS kórházi ösztönzők kis erejűek, és mégis változást eredményeztek; néhány tény azt igazolja, hogy a kis negatív ösztönzők hatást gyakorolhatnak az orvosokra is (Rizzo és Zeckhauser 2003).

A P4P finanszírozást támogató egészségpolitikai szószólók lelkesedése üdvözlendő, ha az ilyen jellegű társadalmi kísérletek marginális és jól artikulált egészségpolitikai változásokat is magukban hordoznak, amelyeket jól megválasztott komparátorok alapján körültekintően értékelték. A politikai reformot és annak értékelését – a hiedelmekkel szemben sokkal inkább – a költséghatékonyság bizonyítékai alapján szükséges támogatni. E munka egyik alapvető része a betegek által jelentett outcome (PROM) mérés alkalmazása annak kimutatására, hogy – ha a folyamatok javultak, és a klinikai gyakorlati különbségek csökkentek – biztosítható, hogy a betegek állapota is javul. A betegek által jelentett outcome-mérések nélkül nehéz lesz elérni az átláthatóságot és az elszámoltathatóságot. Az Észti Egészségbiztosítási Pénztár proaktív szolgáltatásvásárlási tevékenysége, amely a mennyiségre és a költségekre összpontosít, mindig káros kockázatokat jelent majd a betegellátás minőségére, a betegek által jelentett outcome-mérések szempontjából. A betegek által jelentett outcome-mérések nélkül azonban a szolgáltatást vásárlók a sötétben működnek, így az adófizetők és a betegek fogyasztóvédelme csekély. A betegek által jelentett outcome-mérésekkel a folyamatadatok ki-egészíthetők, és lehetővé válik a klinikai és nem klinikai menedzsment javítása. Az outcome-mérésbe való óvatos, fokozatosan növekvő (inkrementális) befektetés világosságot teremthet abban, hogy a betegek fizikai és pszichológiai funkcionálása javult-e.

Az egészségpolitikai folyamat – minden egyes fázisában forráskövetkezményekkel együtt – különálló lépéseket foglal magában, amelyeket a 8. táblázat mutat be:

8. táblázat: A reform politikai folyamata

1	Világosan határozzuk meg a reformfolyamat és/vagy outcome célkitűzéseit!
2	Teremtsük meg, hogy a szolgáltatók elfogadják a reform iránti igényt, úgy, hogy a teljes folyamatban együttműködünk velük!
3	Fektessünk be a folyamat és az outcome terén a tájékoztatási rendszerek megfelelő kialakításába és végrehajtásába! Ez magában foglalja majd a minimális adathalmaz definiálását és ezen adatok megosztására vonatkozó, szolgáltatókkal kötött megállapodást. Az orvosi kódoló személyzetbe és az auditálásba való befektetés szintén alapvető.
4	P4P finanszírozás tervezése: Biztosítsuk a célkitűzések és a politikai tervezés közötti kongruenciát! Fontoljuk meg a költségvetés semleges és a nyereség/veszteség ösztönzési rendszerek összehasonlítását! Végezzük el e rendszerek költségbecslését, különösen az irányítási költségekre vonatkozóan! Biztosítsuk az időben megvalósuló adatgyűjtést és az eredmények visszacsatolását a szolgáltatók és orvosok számára!
5	A szolgáltatóknak, a kormánynak és a nyilvánosságnak együtt kell működnie a végrehajtásban, a monitorozásban és az értékelésben!
6	Határozzuk meg, és állapodjunk meg a reformfolyamat célkitűzéseinek megfelelő eredményindikátorokban!

Forrás: Lindenauer et al. 2007 és Schneider 2007 alapján adaptálva.

Campbell (1969) közel 40 évvel ezelőtt rámutatott arra, hogy minden reform egyben társadalmi kísérlet. Az egészségügyi ellátás reformja az adófizetők és a betegek számára egyaránt teremt költségeket és előnyöket, amelyeket ugyanolyan körültekintéssel kell értékelni, mint egy piacra kerülő új gyógyszert. Az egészségügyi reformok és a gyógyszerek súlyos károkat okozhatnak a társadalom jólétében, amennyiben azok nem esnek át szigorú értékelésen.

Végezetül e következtetéseknek lelkesíteniük kell az olvasót, hogy az ösztönzők újratervezése az egészségügyi reform kiemelt kérdésévé vált, ugyanakkor egyfajta óvatosságra is intenek, amikor az egészségügyi reform a P4P finanszírozást célozza. A – pénzügyi, nem pénzügyi – ösztönzők magatartásra gyakorolt hatásukban erőteljesek. Erőfeszítéseket kell tenni a teljesítmény javítása érdekében, és el kell kerülni azokat a káros hatásokat, amelyek sértik a betegek és az adófizetők pénzügyi és egészségügyi érdekeit. Az elmúlt évtizedek során a tehetős országok reformereinek nem sikerült jelentős előrelépést tenniük a kutatási szakirodalomban azonosított problémák mérséklésében. Ez gyakran a tevékenység és a bizonyítékalapú döntéshozatal összekeverésének a terméke. A jó szándékú, hiedelmeken alapuló politikai reform uralja a nemzetközi egészségügyi reformokat, frusztrációhoz és forráspazarláshoz vezetve. Amint azt Campbell megjegyzi: „a tudatlanság fátyla mögött biztonság van”. A politikai biztonság költsége a betegek és az adófizetők számára rendkívül magas! Továbbá, a Thatcher kormány reformjaival kapcsolatban az Angol Sebészek Királyi Kollé-

giumának elnöke így nyilatkozott: „felkészülés, célzás és tüzelés helyett a kormány felkészült, tüzelt, és csak azután célzott” (a szerző személyes nyilatkozata).

Az Észtt Egészségbiztosítási Pénztár és az egészségügyi szolgáltatók számára az a kihívás, hogy a P4P finanszírozás fejlesztésekor le kell vonni a nemzetközi szakirodalomban fellelhető tanulságokat. Ezek meglehetősen nyilvánvalóak, és együttműködést igényelnek bármely reform óvatos tervezésében, komoly kísérletezés és értékelés mellett. Néhányukat megijeszthetik ezek a kihívások, és az egészségügyi ellátások nyújtásában meglévő – az észtt betegeket és adófizetőket büntető – elégtelenségek elfogadásával inkább a nyugodt életet választják. A P4P finanszírozás reformjának költségei valószínűleg jelentősek lesznek, de a tehetetlenség még ennél is sokkal költségesebb.

Hivatkozások

- Buck N., Devlin, H. B. and Lunn, J. N. (1987): *Report of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths*. London, The Nuffield Provincial Hospital Trusts and King Edward's Hospital Fund.
- Campbell, D.T. (1969): Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24 (4), 409–429.
- Centre for Reviews and Dissemination (1997): Hospital volume and outcomes, cost and patient access. *Effective Health Care*, 2 (8) (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/pdf/ehc28.pdf>, accessed 19 March 2008).
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency*. London, The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Cookson, R. and Fleetcroft, R. (2006): Do incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? *Journal of Health Services Research and Policy*, 11 (1), 27–31.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166–206.
- Doran et al. (2006): Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*, 355 (4), 375–384.
- Department of Health (2007): *The NHS in England: The operating framework for 2008/9*. London, Department of Health.
- Epstein, A. M. (2006): Paying for performance in the United States and abroad. *New England Journal of Medicine*, 355 (4), 406–408.
- Epstein, A. M. (2007): Payment for performance at the tipping point. *New England Journal of Medicine*, 356 (5), 515–517.
- Department of Health and Social Security (1976). *Priorities in health and personal social services*. London, Her Majesty's Stationery Office.
- Gainsbury, S. (2007): District general hospitals face heavy specialist service losses. *Health Service Journal*, 5 (8 November).
- Galvin, R. S. et al. (2005): Has the Leapfrog group had an impact on the health care market? *Health Affairs*, 24 (1), 228–233.

- Gravelle, H., Sutton, M., Ma, A. (2007): *Doctor behaviour under a pay for performance contract: Evidence from the quality and outcomes framework*. York, Centre for Health Economics (CHE Research Paper no. 28).
- Halm, E. A., Lee, C. and Chassin, M. R. (2002): Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodological critique of the literature. *Annals of Internal Medicine*, 137 (6), 511–520.
- Kahneman, D. and, A. (1979): Prospect theory: an analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263–292.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. and Donaldson, M. S. (eds.) (1999): *To err is human: Building a safer health care system*. Washington, Institute of Medicine, Academy of Medical Sciences.
- Lindenauer, P. K. et al. (2007): Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *New England Journal of Medicine*, 356 (5), 486–498.
- Maynard, A. and Bloor, K. (2003b): *Do those who pay the piper call the tune?* York, University of York.
- Maynard, A. (ed.) (2005): *The public-private mix for health: plus ça change, plus c'est la même chose*. London, Radcliffe Publishers for the Nuffield Trust.
- Newhouse, J. P. (2007): Medicare spending on physicians: no easy fix in sight. *New England Journal of Medicine*, 356 (18), 1883–1884.
- O'Neill, O. (2002): *A question of trust*. Cambridge, Cambridge University Press (BBC Reith Lectures).
- Rizzo, J.A. and Zeckhauser, R. J. (2003): Reference incomes, loss aversion and physician behaviour. *Review of Economics and Statistics*, 85 (4), 909–922.
- Robinson, J. C. (1999): Blended payment methods in physician organizations under managed care. *Journal of the American Medical Association*, 282 (13), 1258–1263.
- Rosenthal, M. B. (2007): Non payment for performance? Medicare's new reimbursement rule. *New England Journal of Medicine*, 357 (16), 1573–1575.
- Sari, A. B. et al. (2007): Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective case note review in a large NHS hospital. *Quality and Safety in Health Care*, 16:434–439.
- Vincent, C., Ennis, M., Audley, R. J. (2004): Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care*, 13 (4), 242–243.
- Warden, J. (1998): NHS doctors face compulsory audit. *British Medical Journal*, 316 (1851).

DECENTRALIZÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN*

(Szerkesztette: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite és Karsten Vrangbaek)
(Részletek)

1. fejezet: A decentralizációs vita központi kérdései

(Vaida Bankauskaite és Richard B. Saltman)

[...]

A decentralizáció mérése

A decentralizációt – amely komplex, többszintű jelenségként számos politikai, pénzügyi és igazgatási dimenziót is érint – szintén meglehetősen nehéz mérni.

A decentralizáció értékelése szempontjából legalább három kihívás jelenik meg: (1) a decentralizáció (állapotának és folyamatának) mérése; (2) a decentralizáció egészségügyi kimeneteinek (eredményének) mérése; és (3) a decentralizáció országok közötti összevetése. [...]

Mivel a decentralizáció és a centralizáció egy egységes kontinuum két végét jelenítik meg, ennek mértéke fontos kérdésként merül fel. Bossert (1998) döntéstér elmélete a horizontális és a vertikális decentralizációt egyaránt integrálja, illetve e megfontolás a decentralizáció fokát is mérni kívánja. Ez a megközelítés azonban nem vizsgálja folyamatként a decentralizációt.

Az elemzési kritérium hiánya az egyik fő oka annak, hogy nehézségbe ütközünk a decentralizáció eredményének (kimeneteinek) a meghatározásakor. Egyaránt kihívást jelent a függő és a független változók azonosítása és az ezek közötti megfelelő kapcsolatok demonstrálása. Nehéz mennyiségileg meghatározni olyan dimenziókat, mint a felelősség, az autonómia, a hatalom és az elszámoltathatóság. A független változók azonosításának folyamata ugyanilyen komplex. A decentralizáció leggyakoribb független változói olyan pénzügyi változók, mint például a nemzeti kiadásokhoz viszonyított helyi kiadások mértéke. A pénzügyi indikátorok azonban gyakran a hatalom és az autoritás félrevezető mérői.

Ezzel szemben a *kvalitatív* kutatások egyre népszerűbbé válnak, felismerve azt, hogy a *kvantitív* módszerek ritkán foglalkoznak végrehajtási kérdésekkel (lásd Pope és Mays 1995). Más nézetet vallók úgy érvelnek, hogy a kvalitatív módszerek alkalmazásával nehéz új felismerésekre jutni, mivel ezek csak a kezdeti kutatá-

* Forrás: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbaek (eds.): *Decentralization in Health Care*. Chapter one: In *Strategies and outcomes* (by V. Bankauskaite and R. B. Saltman); Chapter six: Approaches to studying decentralization in health system (by Sarah Atkinson). European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 9–17. and 86–99. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf

si kérdések megválaszolásához gyűjtenek adatokat, és elsősorban antropológiai módszerek alkalmazását ajánlják a társadalmi folyamatok kontextusát bemutató bizonyítékok fellelésére (Lambert és McKevitt 2002). [...]

Politikák, értékek és decentralizáció

[...] Itt van először is a strukturális kérdés: a decentralizáció hogyan befolyásolja, valamint a decentralizációra miként hat egy adott ország meglévő kormányzati intézményrendszere. A második dimenzió azt tükrözi, honnan erednek az intézmények, például azokat az értékeket, amelyek a kormányzati intézmények meghatározott csoportjának a kialakításához vezettek és annak fenntartását idézték elő. Esetenként e tényezők összességét „kontextusként” határozzák meg, amelyek között a decentralizáció megtörtént. [...]

A decentralizáció és a kormányzati intézmények közötti érintkezési pontra vonatkozó további kérdéseket „irányítási” kérdéseknek nevezhetjük, amelyek olyan területeket foglalnak magukban, mint a szabályozási struktúra, a kerettörvények, az országon belüli egyeztetési eljárások. [...]

Számos fejezet hangsúlyozza a kontextuális tényezőknek az egészségügyi decentralizáció által elért eredményekre gyakorolt hatását. A kontextus központi elemeként a politika szerepét nem lehet túlbecsülni. Mivel a decentralizáció magában foglalja a hatalom és a politikai ellenőrzés megoszlását és elosztását, megkerülhetetlen annak erőteljes politikai dimenziója. A politika világában az intézmények központi szerepet játszanak. A neo-institutional (új intézményi) elméletek állítják, hogy a politikai magatartás meghatározásában az intézmények szerepe döntő. [...]

Elmozdulva az intézményi kontextus felé, számos szerző felhívta már a figyelmet, hogy a struktúraátalakítási folyamatok „kulturálisan” beágyazottak, amelyeket egyes régiókon és nemzetek szélesebb társadalmi és kulturális hagyományai befolyásolhatnak (Clegg 1990). Az „érték” fogalom elismert elemmé vált a politikai elemzésben, amint erre a WHO-publikációk is rávilágítanak (WHO 1996; Saltman és Figueras 1997). Ugyanakkor azonban az értékek fogalmának meghatározásával, operacionalizálásával és alkalmazásával kapcsolatos kutatások változatlanul kevésbé előrehaladtak. [...]

Az intézményi magatartás mechanizmusait vizsgálva jól látható, hogy a szabályozó paraméterek szintén részei a kormányzási folyamatnak. [...] Svédországban, ahol régi hagyománya van a decentralizációnak, az egészségügyi rendszer kormányzása ma már országos szintű „keretjogszabályok” és általános alapelvek alapján történik, és tényleg csak elenyésző esetben léteznek még részletes irányelvek. Ennek eredményeként a különböző megyei tanácsoknak – saját hatáskörükön belül – nagy szabadságuk van egészségügyi ellátórendszerük kialakításában (Calltorp 1999). [...]

Amint ezek a példák is jelzik, a kormányzási mechanizmusok számos kihívással szembesülnek a decentralizált rendszerekben. Az ilyen egészségügyi rendszereken belül a legkülönbözőbb szinteken jelennek meg feszültségek. A nemzeti és a helyi szintek között akkor jelentkeznek feszültségek, amikor a helyi szinteken több pénzügyi erőforrásra van szükség, és képtelenek kielégíteni a központi kormány által elvárt – de a helyi szinten szükségtelenül magasnak tekintett – színvonalat. Akkor is problémák keletkezhetnek, ha a helyi önkor-

mányzatnak saját helyi preferenciái teljesítésére nincs kellő mérlegelési jogköre vagy kapacitása. A különböző helyi önkormányzatok közötti feszültség gyakori oka az, amikor a tehetősebb önkormányzatok vonakodnak attól, hogy a szegényebb önkormányzatok szolgáltatásaihoz pénzügyi támogatásokat nyújtsanak. Ez a probléma különösen jól kézzelfogható Kanadában, Olaszországban és Spanyolországban. [...]

Finanszírozás és decentralizáció

[...] A közgazdasági elméletben szintén számos ellentmondás létezik abban, hogy mi a legjobb módja a kormányközi szintek finanszírozásának. A legintenzívebb vita a helyi önkormányzatok adókievetésével – tehát a pénzügyi decentralizációval – kapcsolatos jogára vonatkozik. [...]

Sok országban a központi kormányzat hozzájárulása a helyi önkormányzatok bevételeinek fő forrása. Ez a helyzet számos dilemmát idézhet elő. Először: a központi támogatás ellentmond a helyi elszámoltathatóság fogalmának. Másodszor: a magas szintű decentralizáció szükségszerűen magas szintű „támogatásfüggőséget” hozhat létre, különösen akkor, amikor a kormányzat magasabb szintjeitől megkötések nélküli (szabad felhasználású) támogatásokhoz lehet hozzájutni, amelyek nem korlátozzák az alacsonyabb szintű kormányzat mérlegelését (abban, hogy mire fordítja a támogatást). Továbbá a közfinanszírozás fő alapelve szerint – az elszámoltathatóság biztosítása érdekében – a vásárló és adókievető hatóságnak egyazon intézményi kézben kell lennie. [...]

Egy másik kérdés a kereszt támogatások (*cross-subsidies*) témája. Mivel a decentralizáció magában rejti az egyenlőtlenségek növelésének lehetőségét, ezért a kereszt támogatásokat gyakran az adott ország különböző régiói között vezetik be. Mindazonáltal a kereszt támogatásokat befogadó decentralizáció csökkentheti az innovatív programok kifejlesztését célzó helyi törekvéseket. A források elosztása szintén politikai feszültségeket gerjeszthet a nyertesek (támogatásban részesülő igazgatási egységek) és a vesztesek (támogatást nyújtó igazgatási egységek) között. [...]

Outcome (eredmény) és decentralizáció

[...] A decentralizáció pozitívan megítélt eredményei között szerepel a regionális kormányzatok belüli innovációhoz szükséges kapacitás, a hatékonyság javulása, a sokkal betegközpontúbb rendszer és a fokozott költségtudatosság (Bergman 1998); a regionális és a helyi hatóságok nagyobb fokú elszámoltathatósága (Jommi és Fattore 2003); a munkaszervezéssel és a munkaidővel kapcsolatos szélesebb körű változások előidézése (Arrowsmith és Sisson 2002); valamint a szükségletalapú egészségügyi stratégiák jobb végrehajtása (Jervis és Plowden 2003). Ugyanakkor számos tanulmány az egészségügyi ellátás decentralizációjának negatív vagy nem egyértelmű hatásairól számolt be, melyek közül az egyenlőtlenségek növekedése a leggyakoribb. [...]

1.1. táblázat: Az egészségügyi decentralizáció célkitűzései, ésszerűsége és ellentmondásai

Célkitűzések	Ésszerűség	Kérdések és ellentmondások
Technikai hatékonyság javítása	Helyi szinten kevesebb szintű bürokráciával és nagyobb költségudatossággal. A piaci típusú kapcsolatokban a vásárlói és a szolgáltatói funkció szétválasztásával	Ennek elérése bizonyos kontextuális feltételeket megkövetelhet. Vezetők számára ösztönzők szükségesek. A piaci típusú kapcsolatok néhány negatív kimenethez vezethetnek.
Az allokációs hatékonyság növelése	A közszolgáltatások helyi preferenciákhoz igazításával és a betegek igényeihez való alkalmazkodás javításával	Növekvő egyenlőtlenségek az igazgatási egységek között. Feszültségek a központi kormányzat és a helyi önkormányzatok, valamint az egyes helyi önkormányzatok között.
A helyi önkormányzatok képessé tétele	Sokkal aktívabb helyi részvétellel és a helyi igazgatási kapacitások javításával	A helyi részvétel fogalma nem teljesen világos. A helyi önkormányzatok szükségleteit esetleg még mindig helyi szükségletekként tekintik.
A szolgáltatásnyújtás innovációjának növelése	Kísérletekkel és a helyi feltételekhez való igazodással, valamint a helyi önkormányzatok és intézmények megnövelt autonómiájával	Megnövekedett egyenlőtlenségek.
Az elszámoltathatóság javítása	Közösségi részvétellel és a központi kormányzat szerepének átalakításával	A közösségi részvétel fogalma nem teljesen világos. Az elszámoltathatóságot pontosan meg kell határozni abban az értelemben, hogy ki miért és kinek elszámoltatható.
Az egészségügyi szolgáltatások minőségének növelése	Az egészségügyi szolgáltatások integrációjával és a tájékoztatási rendszerek javításával, valamint az egészségügyi szolgáltatások hátrányos helyzetű csoportok számára történő hozzáféréseinek javításával	
A méltányosság javítása (egyenlőtlenségek csökkentése)	A források helyi szükségletek szerinti allokációjával, a helyi szervezetek képessé tételével, hogy az egyes csoportok szükségleteit jobban ki tudják elégíteni, és az erőforrások marginalizált régiók és csoportok felé történő elosztásával (keresztámogatási mechanizmusokkal)	Csökkenti a helyi autonómiát. A decentralizáció javíthat egyes méltányossági intézkedéseket, viszont ronthat másokat.

Érdekes kérdés, hogy a decentralizáció mennyire jól tudja kezelni az Európában újonnan megjelenő egészségügyi ellátás iránti igényeket. Az európai döntéshozókat két, egymással összefüggő kérdés érinti: a tartós ápolás és az integrált hálózatok, míg egy harmadik kérdés a mentális egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása. [...]

A túlnyomóan adókból finanszírozott egészségügyi rendszerekkel rendelkező északi országokban (Dánia, Norvégia és Svédország) a tartós ápolás tervezésével, szervezésével, nyújtásával és finanszírozásával kapcsolatos felelősség helyi önkormányzati szintű decentralizációja ment végbe. [...]

Az integrált ellátás az európai egészségügyi ellátórendszerek másik kihívása, amely magába foglalja a különböző egészségügyi rendszerszintek vagy a különböző szektorok közötti integrációt, így például a szociális és egészségügyi ellátás integrációját. Számos szakember úgy tekint a decentralizáció fogalmára, mint ami a hatékony integrált ellátási szolgáltatások fejlesztéséhez elengedhetetlen (Frossard et al. 2004). Például az 1999-es skóciai reform bevezette a helyi egészségügyi ellátási együttműködések (*local health care cooperatives* – LHCC), amelyek a földrajzi terület által meghatározott – háziorvosokból, közösségi nővérekből és más egészségügyi és szociális szakemberekből álló – alapellátási szervezetek, és amelyek az e területen élő népesség számára koordinálják a szolgáltatások nyújtását. [...]

Európa számos országában alkalmaznak decentralizációs stratégiákat a mentális egészségügyi kérdések kezelésében. A mentális zavarok megelőzése és a specifikus kockázati tényezőkkel terhelt földrajzi területek között meglévő társulások arra utalnak, hogy a közösségi alapú beavatkozások és programok hasznosak lehetnek. Vannak példák a bevált gyakorlatokra; például Angliában néhány elemző úgy véli, hogy a közösségi alapú mentális egészségügyi teamek pozitív hatásúak (Singh 2004). [...]

Hivatkozások

- Arrowsmith J., Sisson, K. (2002): Decentralization in the public sector: the case of the UK National Health Service. *Relations Industrielles*, 57. (Available at: <http://www.erudit.org/rewue/ri/2002/v57/n2/006784ar.html>, accessed 17 July 2006)
- Bergman, S. E. (1998): Swedish models of health care reform: a review and assessment. *International Journal of Health Planning and Management*, 13, 91–106.
- Bossert, T. (1998): Analysing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine*, 47, 1513–1527.
- Calltorp, J. (1999): Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. *Health Policy*, 50 (1–2), 1–22.
- Clegg, S. R. (1990): *Modern organizations: organization studies in the post-modern world*. London, Sage.
- Frossard, M., Genin, N., Guisset, M. J. and Villez, A. (2004): Provided integrated health and social care for older persons in France: an old idea with a great future. In K. Leichsenring and A. M. Alaszewski (eds.): *Provided integrated health and social care for older persons*. Aldershot, Ashgate.
- Jervis, O, and Plowden, W. (2003): *The impact of political devolution on the UK's health services: final report of a project to monitor the impact of devolution on the United Kingdom's health services 1999–2002*. London, The Nuffield Trust.
- Jommi, C. and Fattore, G. (2003): Regionalization and drugs cost-sharing in the Italian NHS. *Euro Observer*, 5, 1–4.

- Lambert, H. and McKevitt, C. (2002): Anthropology in health research: from qualitative methods of multidisciplinary. *British Medical Journal*, 325, 210–213.
- Pope, C. and Mays, N. (1995): Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*, 311, 42–45.
- Saltman, R.B. and Bankauskaite, V. (2006): Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Economics, Policy and Law*, 1 (2), 127–147.
- Saltman, R. B. and Figureas, J. (eds.) (1997): *European health care reform: analysis for current strategies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Singh, D. (2004): Community based team can transform mental health services, says report. *British Medical Journal*, 328, 790.
- WHO (1996): *WHO policy statements: the Ljubljana Charter on reforming health care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

6. fejezet: Megközelítések az egészségügyi rendszerek decentralizációjának az elemzéséhez

(Sarah Atkinson)

[...] Az a feltételezés, amit – gyakran implicit – gondolunk az egészségügyi rendszerek decentralizációjának természetéről, erőteljes hatást gyakorol a decentralizáció azon végrehajtási aspektusaira, amelyeket kiválasztottunk az értékeléshez, és ezek alapján vonjuk le a politikai következtetéseket. E megfontolásokat három alfejezetben mutatjuk be: (1) a decentralizáció indokai, amelyek meghatározzák a kívánt eredményeket és kimeneteket; (2) a decentralizáció definiálása, amely meghatározza a bemenetek formális keretét; és (3) az egészségügyi rendszerek imázsai, amelyek meghatározzák a hatások magyarázatához relevánsnak ítélt aspektusokat. [...]

A decentralizáció indokai: a politikai kimenet és eredmény

[...] A decentralizáció indokai közvetlen és alapvető célokra bontható. A közvetlen célok nagyobb konszenzust igényelnek a decentralizációt támogatók között, továbbá vezetői és politikai célokat egyaránt maguk után vonnak (Smith 1985; Conyers 1986). A vezetői célok meghatározhatók a rendszer saját kimenetei és eredményei szempontjából, valamint arra alapozva, hogy a decentralizáció megoldja a hiányosságokat; és ezek mindig tartalmazzanak a javított hatékonyságra, hatásosságra és méltányosságra vonatkozó variánsokat. A szélesebb értelemben vett politikai közvetlen célok, amelyek legalább felszínes konszenzust mutatnak, magukban foglalják a népességgel való kapcsolatot, így például a megelégedettség, a páciensek igényeire való reagálás, az elszámoltathatóság és az egyének képessé tétele a döntésekbe való beleszólásra. Az egészségügyi rend-

szer azonban nem elszigeteltségben működik (Ham 2001); egy egészségügyi rendszer decentralizációjának értékelését egy szélesebb politikai program explicit vagy implicit alapvető célkitűzéseihez viszonyítva lehet elvégezni. A decentralizációt különösképpen másként értelmezik: vagy a túlnyomórészt közfinanszírozású egészségügyi rendszertől a piacorientált rendszer felé elmozduló ideológiai váltás egyik részeként, vagy éppen ellenkezőleg: olyannak, amely feszültségben van a politikai-gazdasági környezetben a piacorientált rendszer felé való mozgásokkal (Flynn 1993; Ham 1997; Calnan és mások 1998; Contandriopoulos et al. 1998; Bim et al. 2000; Laurell 2001).

Bármely hatáselemzésről is legyen szó, amelyben a decentralizáció a különböző kontextusokkal együtt jár, azt néhány – ha nem az összes – ésszerűséggel össze kell kapcsolni. Az egészségügyi rendszer decentralizációjával foglalkozó tanulmányok többsége vizsgálja a közvetlen célokra gyakorolt hatást, ugyanakkor egyre inkább erősödik a kormányzás és a közpolitika gyakorlatában megjelenő, széles körű változásnak a felismerése – melynek az egészségügyi rendszer szükségszerűen része. [...]

A decentralizáció definiálása: az inputok formális kerete

[...] A decentralizáció döntő aspektusa – legalábbis annak retorikájában – a nagyobb önállóság megvalósítása a különböző szintű döntéshozatalban. Ez egy olyan aspektus, amelyet explicit módon be kell építeni a decentralizáció értékelésébe. Bossert (1998) egy egyszerű, könnyen alkalmazható és összehasonlítható megközelítést javasol: a hárompontos Likert-skála használatát a „döntéstér” kiterjedtségének leírására, amely hivatalosan megegyezik a kulcsfunkciókra alkalmazott decentralizációs skálával.

Annak meghatározása, hogy mely funkciók a legfontosabbak a decentralizáció értékelésében talán sokkal bonyolultabb. A Bossert (1998) és Jeppson és Okuonzi (2000) által alkalmazott – a döntés-tér mérését lehetővé tevő – funkciókat a 6.1. táblázat mutatja be, a gyakorlatban használt funkciólisták példájaként. Ugyanakkor az ideális listák korlátozhatók vagy újragondolhatók annak megfelelően, hogy milyen információk állnak rendelkezésre.

[...] Végül, a decentralizáció irányába való politikai elmozdulást számos országban meglehetősen nehéz elválasztani a növekvő demokráciával kapcsolatos vitáktól: ez egy újabb szempont lehet a Pollitt és szerzőtársai által alkalmazott, a poláris ellentéteken alapuló listához, azaz hogy a decentralizáció egy menedzsment típusú kérdés vagy a demokratizmus szélesítése. Egy visszatérő kérdés: hogy az – egészségügyi ellátásokkal kiszolgálandó – népesség (beteg, kliens, vásárló, állampolgár stb.) eltérő politikai felfogása milyen hatást gyakorol a politikai stratégiára, beleértve az egészségügyi rendszer működtetésében érintett népességet is. A betegek választási szabadságát vs. az állampolgári részvételt célzó stratégiák visszaidézik azokat a korábbi vitákat, amelyek a „kilépés” (exit) vs. véleménynyilvánítás relatív fontosságáról folytak (Björkman 1985; Burns et al. 1994; Calnan et al. 1998; UN 2000; Kähkönen és Lányi 2001).

Az alapvető feltételezés az, hogy a jogkörök átadása helyi szintre és az erőteljesebb állampolgári ellenőrzés (bár óriási véleménykülönbségek lehetnek abban, hogy ez hogyan teljesíthető) nagyobb valószínűséggel éri el azokat a menedzser típusú és politikai célkitűzéseket, amelyek teljesítése a decentralizációtól elvárt.

A tapasztalat ahhoz a sokkal kifinomultabb felismeréshez vezetett, hogy a mindenre kiterjedő decentralizáció nem minden esetben kívánatos. Úgy tűnik, hogy a decentralizáció sebességére nézve nincs egyértelmű feltételezés, amely szerint a decentralizáció „big bang” típusú vagy inkrementális megvalósítása lenne az eredményesebb. Az intézkedések sorrendiségének a fontossága egyelőre „alulkutatott” kérdés, de utalások már vannak arra nézve, hogy lehet valami fontos, amit érdemes volna feltárni ezen a téren. Ezért aztán a decentralizált egészségügyi rendszer menedzsment folyamatában továbbra is helyénvaló kérdések, hogy milyen minta alapján, milyen fokig, milyen sebességgel és milyen sorrendben.

Összehasonlító tanulmányok tapasztalatai azt jelzik, hogy az ördög a részletekben rejlik; ezért Willis és szerzőtársai alapján egy további kritikus kérdés lehet a „Milyen kontextusban?” (Willis et al. 1999). [...]

6.1. táblázat: Két decentralizációs tanulmányban mért funkciók összehasonlítása

Bossert (1998)	Jeppson és Okuonzi (2000)
	A decentralizáció típusa: központi szint, középső szint, helyi szint
Finanszírozás: bevételi források, kiadások allokációja, díjakból és szerződésekből befolyó bevétel	Pénzügyi menedzsment Páciensek által fizetett díjak Tervezés és költségvetés helyi szinten Tervezés és költségvetés központi szinten
Szolgáltatásszervezés: kórházautonómia; biztosítási csomagok; szolgáltatásfinanszírozási mechanizmusok; magánszolgáltatói szerződések; szükséges programok/normák	Kórházmenedzsment Az egészségügyi ellátás alacsonyabb szintjei A minimumcsomag kiválasztása
Emberi erőforrás: fizetések, szerződések, civil szolgálat	Személyzeti ellátottság
Hozzáférési szabályok: prioritások képzése	
A kormányzás szabályai: az intézményt irányító testületek, egészségügyi hivatalok, közösségi részvétel	Az egészségügyi minisztérium szerepe a testületek/bizottságok kijelölésében Nem kormányzati szervezetek és a magánszektor Donorkoordináció

Az egészségügyi rendszerekről alkotott felfogás (imázs): magyarázó hatások

[...] Morgan (1986) a szervezet nyolc imázsát vagy metaforáját írja le, amelyeket a szervezeti tanulmányok általában alkalmaznak. Ezek közül három az egészségügyi rendszereket és a decentralizációt alátámasztó megközelítés: a szervezet mint organizmus; a szervezet mint politikai rendszer; a szervezet mint kultúra. Az egészségügyi rendszerek decentralizációjával foglalkozó tanulmányok zöme a szervezetet mint organizmust fogja fel, amelyek közül néhány leíró elemeivel kiterjed a szervezet mint politikai rendszer felfogásra is. Csak néhány tanulmány tartozik egyértelműen abba a csoportba, amely a szervezet mint kultúra felfogáson ala-

pul, ugyanakkor ezek feltárára érdemes, érdekes elképzeléseket, lehetőségeket vázolni fel (Saltman és Figueras 1997; Contandriopoulos et al. 1998). [...]

A szervezet mint organizmus

[...] Egy organizmus imázs úgy tekint a szervezetek stratégiájára, struktúrájára, technológiájára és humán és vezetői dimenzióira, mint olyan alrendszerekre, amelyeket egyensúlyban kell tartani. Fontos, hogy a rendszerben megjelenő szereplők szükségleteit felismerjük és megfelelően kezeljük. A környezetet – amelyen belül a szervezet működik – jól kell kialakítani, a szervezeti felépítés rugalmas lehet olyan sajátságokra válaszol, mint a stabilitás, a biztonság, a források sokasága és függősége, a verseny, a politikai, a jogi, a technológiai, a gazdasági és a társadalmi feltételek. Ez a felfogás alátámaszthatja az egészségügyi rendszerekhez az építőkövek megközelítést. [...]

A szervezet mint politikai rendszer

[...] A politikatudomány irodalmának alkalmazása a decentralizált egészségügyi rendszerekre előtérbe helyezi a kapcsolatokat, különösen a hatalommal és az anyagi érdekkel összefüggő – a rendszeren belüli szereplők közötti – kapcsolatokat. Ezért a rendszeren belüli szereplők a változás ügynökeiként, az informális vagy nem-rendszerszerű kapcsolatok, valamint az interakciók komplexitása (amelyeken keresztül a politikák végrehajtásra kerülnek) hangsúlyossá válnak. [...]

Összehasonlítva a szervezet mint organizmus imázssal, a politikai rendszer imázsnak nagyobb a fogalmi gazdagsága az emberi kapcsolatok szempontjából, megragadva a szervezeten belüli napi gyakorlat komplexitásának néhány elemét és a cselekvéseket meghatározó eltérő érdekeket. E tanulmányok következtetései a döntéshozók számára frusztrálóak, ugyanakkor az interakciók részletei nehezen válthatók át világos politikai iránymutatásokká vagy meghatározó modellekké (Pollitt et al. 1998). Bármely rendszerben meghatározni, hogy hol vannak a kulcspontok és a főbb szereplők, világos politikai implikációi vannak arra nézve, hogy a kapacitásépítő forrásokat milyen irányba érdemes célozni. Egy inkább informális hatalmi harc aspektusai kevésbé világosak az egészségpolitikai intézkedések szempontjából, azonban egy pluralista környezetben a konfliktuskezelés iránti elkötelezettséget követelnek meg. [...]

A szervezet mint kultúra

A szervezetekben a bizalom szerepe és a magatartás kollektív normái jelentik az alapvető kategóriákat a Morgan által meghatározott harmadik megközelítésnek, amely az egészségügyi rendszerek decentralizációjának megértését célozza. A szervezetnek mint kultúrának a felfogása elutasítja a racionális alap feltételezést, és a szimbolizmusra és a közös értékekre vagy jelentésekre mint alaptételekre helyezi a hangsúlyt, amelyek a rendszeren belül a napi gyakorlatot határozzák meg, és ezzel létrehozza és rekonstruálja a szervezet struktúráit és környezetét (Morgan 1986). [...]

Contandriopoulos és szerzőtársai (1998) bátor kísérletet tesznek az értékek és a kultúra néha pontatlan fogalmainak egy domináns eszmerendszerben való megszilárdítására, az összetevők részletezésével. Jel-

lemzésükben az egészségügyi rendszerre egy – a társadalmon belül eltérő értékek közötti feszültségek – dinamikus egyensúlyának eredményeként tekintenek. Ezeket az értékeket négy pólus körül csoportosítják:

- a méltányosság, az egyéni önrendelkezés és a hatékonyság fontosságának kiemelkedő értékei;
- a betegség és az egészség definíciója;
- az egészségügyi szektorban dolgozók szerepeinek és funkcióinak meghatározása és a különböző opciók között a közösségi erőforrások allokációja;
- a szabályozás módszerei, amelyek – az utasítási és az ellenőrzési mechanizmusokon keresztül – lehetnek technokratikusak, a szakmai gyakorlaton keresztül önszabályozók vagy a versenyző piacokon a kínálat és a keresleten keresztül piaci alapúak.

[...] A kultúra metafora megfelel számos pontnak, amelyeket a 4. fejezetben a legitimáció azonosításával – mint a decentralizációs politika fő vezérelvei – kapcsolatban felvázoltunk. Mindkét esetben – a politikai fejlődés megértésének alapvető fogalmaiként – a kulturális meggyőződésen és a kultúraalapú elfogadáson van a hangsúly. Az általánosan elfogadott normákhoz és eljárásokhoz való ragaszkodás legitimációt teremt, így a decentralizációt úgy tekinthetjük, mint többé-kevésbé tudatos törekvés az ilyen elkötelezettség jelzésére.

Megközelítések az egészségügyi rendszerek decentralizációjának a tanulmányozásához

A fejezet bemutatta azokat a módokat, amelyeken keresztül áttekinthettük, hogy mire jó, mit foglal magában a decentralizáció, és hogyan érthetjük meg annak egészségügyi rendszerre gyakorolt hatását. Annak fontossága, hogy kritikusan szemlélettel mi magunk hogyan konstruáljuk meg a decentralizáció jelentését, teljesen nyilvánvalóvá válik, amikor a lehetséges megközelítéseket és az eltérő megfontolásokat összehasonlítjuk. A hogyan tekintünk a decentralizációra kérdés felvetése nemcsak oda vezethet, hogy egyes aspektusokat, megfontolásokat előnyben részesítünk, hanem figyelmen kívül hagyhatunk néhány aspektust, amelyek ugyanannyira fontosak lehetnek. [...] A 6.2. táblázat a különböző politikai irányok nagyon leegyszerűsített összefoglalását mutatja be, amelyeket az egészségügyi rendszer decentralizációjának tanulmányozásában a különböző megközelítések kiválthatnak.

Megközelítéseink kombinálása és kiterjesztése talán sokkal egyértelműbb a decentralizáció ésszerűségének meghatározása és a decentralizációs formák leírása dimenzióinak szempontjából. A decentralizáció ésszerűségének azonosításában meglévő eltérő hangsúlyok a jelentési hierarchiába illeszthetők, viszonylag szűkre szabott vezetői célokkal, beillesztve azokat a politikai egészségügyi rendszercélok közé, amelyeknek viszont a szélesebb országos vagy nemzetközi egészségpolitikai napirend jelenti a kontextusát. Mindazonáltal az egészségügyi rendszerek kutatása gyakran úgy mutatja be a hatékonysággal, hatásossággal stb. összefüggő vezetői célokat, mintha ezek lennének az egyetlen ésszerű szempontok. A menedzseri célok kombinációja, sőt még az egészségpolitikai célok is a népesség igényei iránti javuló fogékonysággal összefüggésben a szervezetnek egy organizmusként való felfogásából indulnak ki. Ez a felfogás arra összpontosít, hogy a struktúrákat úgy tegye rendbe, hogy azok képesek legyenek a különböző alrendszereket egyensúlyban tartá-

ni, és ezzel a decentralizációt főként technológiai kérdésként kezeli, az egészségügyi rendszert alapjában egy statikus entitásként tekinti, amely önmagával és környezetével egyensúlyban van, illetve a rendszeren belüli szereplőket a rendszerösztönzők iránt viszonylag passzívan reagálókként értelmezi. Miközben vitathatatlanul hasznos feltárni annak részleteit, hogy mi történt eddig, és vajon működik-e a rendszer vezetői szempontból, ami az egészségügyi rendszeren belüli döntéshozók számára valóban komoly szempont, ez a megközelítés elfedheti a politikai és kulturális környezetet, amelybe a politikai intézkedések beágyazódtak, és eltérítheti a kutatókat és a döntéshozókat egyaránt egy politikailag sokkal megalapozottabb kritikától.

6.2. táblázat: A megközelítések és a politikai hangsúly sematikus összegzése

Ésszerűség	Dimenziók	Imázs	Politikai hangsúly
Vezetői	Mérték, minta és sebesség	Organizmus	Struktúrák, ösztönzők
Közvetlen politikai cél	Demokratizálódás, részvétel	Politikai rendszer	Konfliktus-menedzsment, képviselő
Alapvető politikai cél	Politikai és történelmi kontextusok	Politikai rendszer és kultúra	Kapacitás, vezetés, szimbolizmus Szélesebb társadalmi és politikai kritika

Egy szélesebb megközelítésen alapulva azon dimenziók beazonosítása – amelyek hasznosak annak leírásához, hogy a decentralizáció milyen intézkedéseket foglalt magába – szintén sokkal egyértelműbb. E fejezet arra világít rá, hogy a Rondinelli által felvázolt, inkább statikus tipológiától elmozduljunk egy bipoláris dimenziók részletesebb készletének alkalmazása felé, amelyet mind nemzeti, mind regionális szinten használhatunk.

A legnagyobb kihívás egy olyan kutatási megközelítés kimunkálása, amely képes magában foglalni a szervezetek különböző felfogása által kínált ismereteket. Nem valószínű, hogy könnyű megoldás található, mivel az egészségügyi rendszerre vonatkozó három felfogás (imázs) alapvető ellentéteket mutat, beleértve:

- | | | |
|--------------------|---|-------------------|
| racionalis | – | szimbolikus |
| egységes | – | konfliktusos |
| statikus | – | dinamikus |
| struktúraorientált | – | szereplőorientált |
| egyénorientált | – | közösségorientált |
| kötöttebb | – | megengedőbb |
| technológiai | – | politikai |

Könnyen lehet, hogy bármely megközelítés, amely az egészségügyi rendszerek decentralizációját tanulmányozza, csak az egész egy részét képes megragadni – a téma túl szerteágazó, hogy az egészségügyi rendszer decentralizációjának minden egyes aspektusát mélységében képes legyen lefedni, és nem elég

hatékony ahhoz, hogy használható rálátást adjon. Ebből következően ez a fejezet arra az érvelésre jut, hogy nincs értelme megkísérelni a lehetetlent azzal, hogy megpróbáljuk az összes aspektust egy tanulmányba sűríteni, hanem inkább azt javasolja, hogy explicit módon fogalmazzuk meg, hogy az egészségügyi rendszer milyen felfogása jelenti a kiindulópontot a decentralizáció kutatásához, továbbá annak explicit megfogalmazása, hogy milyen szempontok maradtak ki szükségszerűen az elemzésből.

Hivatkozások

- Bim, A-E., Zimmermann, S. and Garfield, R. (2000): To decentralize or not to decentralize, is that the question? Nicaraguan health policy under structural adjustment in the 1990s. *International Journal of Health Services*, 30 (1) 111–128.
- Björkman, J. W. (1985): Comparative European and American experiences with representation, participation and decentralization. *Comparative Politics*, 17 (4), 399–420.
- Bossert, T. (1985): Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine*, 47, 1513–1527.
- Burns, D., Hambleton, R. and Hogget, P. (1994): *The politics of decentralization: revitalising local democracy*. Basingstoke, Macmillan.
- Calnan, M., Halik, J., Sabbat, J. (1998): Citizen participation and patient choice in health reform. In R. B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds.): *Critical Challenges for health reform in Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Contandriopoulos, A-P, Lauristin, M. and Leibovich, E. (1998): Values, norms and the reform of health care system. In R. B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellarides (eds.): *Critical Challenges for health reform in Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Coonyers, D. (1986): Decentralization and development: a framework for analysis. *Community Development Journal*, 21, 88–100.
- Flynn, R. (1993): Restructuring health systems: a comparative analysis of England and the Netherlands. In M. J. Hill, (ed.): *New agendas in the study of the policy process*. New York, Harvester Wheatsheaf.
- Ham, C. (ed.) (1997): *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open University Press.
- Ham, C. (2001): Values and health policy: the case of Singapore. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (4), 739–745.
- Laurell, A. C. (2001): Health reform in Mexico: the promotion of inequality. *International Journal Health Services*, 31 (2), 291–321.
- Jeppson, A. and Okuonzi, S. A. (2000): Vertical or holistic decentralization of the health sector? Experiences from Zambia and Uganda. *International Journal of Health Planning and Management*, 15, 273–289.
- Kähkönen, S. and Lanyi, A. (2001): Decentralization and governance: does decentralization improve public service delivery? *World Bank Prem Notes*, No. 55, June.

- Morgan, G. (1986): *Images of organisation*. Newbury Park, CA, Sage.
- Saltman, R. B. and Figueras, J. (eds.): (1997): *European health care reform: analysis of current strategies*. WHO Regional Publications, European Series No. 72. Copenhagen, WHO.
- Smih, D. C. (1985): *Decentralization: the territorial dimension of the state*. London, Allen and Unwin.
- Pollitt, C., Birchall, J. and Putman, K. (1998): *Decentralising public service management*. Basingstoke, Macmillan.
- UN (2000): *Decentralization conditions for success. Lessons from Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*. ST/ESA/PAD/SER.E/7. New York, UN Economic and Social Affairs.
- Willis, E., Garman, C. and Haggard, S. (1999): The politics of decentralization in Latin America. *Latin American Research Review*, 34 (1), 7–56.